



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**BRUNA ANTUNES DE AGUIAR XIMENES PEREIRA**

**CAPACITAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PAULÍNIA  
PARA IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM DO USO DE DROGAS POR  
ADOLESCENTES**

***TRAINING OF THE PRIMARY HEALTH CARE NETWORK OF PAULÍNIA FOR  
IDENTIFICATION AND APPROACH OF ADOLESCENT DRUG USE***

**CAMPINAS**

**2018**

BRUNA ANTUNES DE AGUIAR XIMENES PEREIRA

**CAPACITAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE  
PAULÍNIA PARA IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM DO USO DE DROGAS  
POR ADOLESCENTES**

*TRAINING OF THE PRIMARY HEALTH CARE NETWORK OF PAULÍNIA FOR  
IDENTIFICATION AND APPROACH OF ADOLESCENT DRUG USE*

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a  
obtenção do título de Doutora em Ciências Médicas, Área de  
Concentração Saúde Mental

*Thesis presented to the Faculty of Medical Sciences of the State  
University of Campinas as part of the requisites required to obtain the  
title of PhD in Medical Sciences, Area of Mental Health Concentration*

ORIENTADORA: PROFA. DRA. RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA  
ALUNA BRUNA ANTUNES DE AGUIAR XIMENES PEREIRA, E ORIENTADA  
PELA PROFA. DRA. RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO

CAMPINAS  
2018

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** Não se aplica.

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

P414c Pereira, Bruna Antunes de Aguiar Ximenes, 1982-  
Capacitação da rede de atenção primária à saúde de Paulínia para identificação e abordagem do uso de drogas por adolescentes / Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Renata Cruz Soares de Azevedo.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Prevenção do abuso de drogas. 2. Atenção primária à saúde. 3. Adolescente. 4. Capacitação. 5. Pessoal de saúde. I. Azevedo, Renata Cruz Soares, 1966-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Training of the primary health care network of Paulínia for identification and approach of adolescent drug use

**Palavras-chave em inglês:**

Prevention of drug abuse

Primary health care

Adolescent

Training

Health personnel

**Área de concentração:** Saúde Mental

**Titulação:** Doutora em Ciências Médicas

**Banca examinadora:**

Renata Cruz Soares de Azevedo [Orientador]

Eloisa Helena Rubello Valler Celeri

Marcelo Ribeiro de Araújo

Luis Fernando Farah de Tófoli

Renata Rigacci Abdalla

**Data de defesa:** 12-12-2018

**Programa de Pós-Graduação:** Ciências Médicas

---

## **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO**

**BRUNA ANTUNES DE AGUIAR XIMENES PEREIRA**

---

---

**ORIENTADOR: RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO**

---

---

### **MEMBROS:**

**1. PROFA. DRA. RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO**

**2. PROFA. DRA. ELOISA HELENA RUBELLO VALLER CELERI**

**3. PROF. DR. LUIS FERNANDO FARAH DE TÓFOLI**

**4. PROF. DR. MARCELO RIBEIRO DE ARAÚJO**

**5. PROFA. DRA. RENATA RIGACCI ABDALLA**

---

Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS MÉDICAS da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

---

**Data: 12/12/2018**

---

Para meu marido Marcelo, minha filha Alice e meu filho Théo, que diariamente deixam  
minha vida com mais significado e alegria.

## AGRADECIMENTOS

A concretização desta jornada foi possível graças a todo afeto, cuidado e carinho do meu marido, namorado, companheiro e amigo Marcelo. Nesse período, em conjunto, geramos 3 vidas: o projeto da tese em 2014, a Alice em 2015 e o Théo em 2017. De maneira crescente nossos amores aumentaram, assim como os cuidados que cada um demandou (afinal, foram 3 filhos), além das diversas noites mal ou não dormidas, já que assistir e assegurar o crescimento é uma tarefa ativa e intensa.

É viva em minha memória a ansiedade e alegria que senti ao poder iniciar meu aprendizado teórico-prático com a querida Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo. A convivência frequente nos ambulatórios, o planejamento de ações direcionadas aos adolescentes e, acima de tudo o suporte e disponibilidade dela ao longo das etapas da construção da tese de mestrado e posteriormente do doutorado me trouxe embasamento e segurança para administrar cada passo da construção da minha identidade como pesquisadora e aperfeiçoar, através do espelhamento de sua dedicação e carinho à prática profissional, a concretização de como desejo ser no cotidiano de estudos e atendimentos. Notoriamente, mesmo diante de acontecimentos profundos e intensos, permaneceu presente e disponível em todos os momentos desta pesquisa.

Minha mãe esteve sempre presente em meu coração e pensamentos e me guiou nos cuidados e empenho para exercer o meu melhor.

Meu pai ao longo dos anos de pesquisa me incentivou e apoiou minhas decisões, de maneira presente e amorosa.

Meu irmão que no alto de suas pesquisas também esteve ao meu lado acalmando meus anseios e me trazendo confiança de que os prazos eram possíveis.

Minha Tia Lili que ao longo dessas “gestações” se mostrou meu porto seguro frente aos desafios que a vida me trouxe.

Ao meu primo Gui, que vi nascer e crescer, que me despertou o amor fraternal e que hoje, na vida adulta, me ajudou rapidamente nas dúvidas e detalhes linguísticos.

Ao Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/UNICAMP que sempre foi muito receptivo as minhas ideias e proporcionou momentos de criação e consolidação de conhecimento.

À Profa. Dra. Eloísa H. R. V. Celeri que participou ativamente da minha formação como psiquiatra da infância e adolescência, que esteve presente ao longo dessa trajetória do mestrado ao doutorado, e que colaborou imensamente com a

construção das nuances e delicadeza desta tese. Através de seus apontamentos e orientações foi possível, no corpo dessa tese, aprofundar, valorizar e respeitar a intensidade e as características dessa fase tão importante do desenvolvimento humano, a adolescência.

Ao Prof. Dr. Luis Fernando Farah de Tófoli que agregou o olhar especializado na Atenção Primária à Saúde a esta tese e trouxe luz para as questões do Apoio Matricial, somando visão crítica e construtiva, com sugestão de soluções viáveis a serem implantadas na prática diária a partir dos desdobramentos desta tese.

Ao Prof. Dr. Marcelo de Araújo Ribeiro por ter impactado minha formação na área de Dependência Química através das aulas disponibilizadas no material do curso de Especialização da UNIAD, por gentilmente ter aceitado participar da banca de defesa e por ter ampliado o olhar para as nuances dos moldes de capacitação a serem implantados no contexto brasileiro.

À Profa. Dra. Renata Rigacci Abdalla que além de ter proporcionado meu primeiro contato com a temática “Dependência Química”, ter me acolhido no início da residência de psiquiatria geral e participado de momentos significativos da minha vida; contribuiu para o corpo final dessa tese através de suas observações, orientações e sugestões para análises complementares.

À Profa. Dra. Lilia Freire Rodrigues de Souza Li que contribuiu de maneira significativa com a delimitação dos contornos dessa pesquisa e que diariamente agrega corpo para as questões mais delicadas da adolescência, não deixando de lado as particularidades e as dores desta etapa do desenvolvimento.

Ao Prof. Dr. Carlos Filinto da Silva Cais que trouxe leveza às discussões dos dados dessa tese e que, além de somar conhecimento e embasamento teórico, contribuiu com suas observações e com a luminosidade de suas ideias onde um provável “dado ruim” se transformou em algo muito interessante a ser discutido.

À Prefeitura Municipal de Paulínia que acolheu e contribuiu para a viabilização das cópias do material da capacitação, particularmente em relação as apostilas e as escalas de triagem enviadas a posteriori as Unidades de Saúde.

Aos gestores da Prefeitura Municipal de Paulínia que se mostraram abertos aos estudos e intervenções propostas nessa tese. Carol, Jennifer e Rubens, obrigada participaram da implantação.

Aos amigos de Paulínia, em especial a equipe do CAPS-AD e Saúde Mental Infantil que me apoiaram nessa caminhada. Marilda, Luciana, Neiva, Dani, Ana, Lili, Karina, Alessandra, Antônia e Sandra, obrigada.

À Cleide Aparecida Moreira Silva e Juliana não somente pelo auxílio na análise estatística deste trabalho, mas principalmente pela disponibilidade e paciência.

À Dra. Patrícia Schram que participou da minha jornada no mestrado e que calorosamente me recebeu no estágio em Boston onde as ideias da presente tese germinaram.

Ao Dr. John R. Knight pela contribuição na idealização desse projeto.

À Dra. Heloísa Ferreira que durante a faculdade incentivou minhas iniciações em pesquisas e me acolheu em seu laboratório e em seu lar.

À Rafaella Sab que esteve comigo durante parte significativa da criação da minha identidade profissional, que se tornou uma amiga constante tanto nos cafés e almoços da residência, como também, após oito anos, permanece em minha vida.

Aos professores da residência geral de Psiquiatria da PUC, Dr. Eduardo, Dra. Renata e Dr. Ataliba que me conduziram no início da minha formação profissional.

Às amigas que a residência me trouxe. Lena que pacientemente compreende minhas ausências e, ainda assim, se esforça para ser presente na minha vida. À Mari, que mesmo com a distância física sempre esteve presente emocionalmente no meu trajeto, nos ganhos e perdas da vida.

Às minhas amigas de graduação Midiã, Thais e Lucila que foram participativas e companheiras nos momentos mais significativos da minha vida e pacientes com minha constante fala de “falta de tempo”.



## RESUMO

A adolescência é um período de vulnerabilidade para experimentação de substâncias psicoativas (SPA), podendo levar a intoxicações, exposição a situações de risco e dependência, entre outros problemas. A identificação precoce do uso possibilita a realização de intervenções e, de acordo com a gravidade, encaminhamento para tratamento especializado. A Atenção Primária à Saúde (APS) destaca-se como um dos principais locais para ações de prevenção do uso de SPA, pela oportunidade de identificar o início do problema e interferir na sua progressão, além de permitir o monitoramento das ações nos casos que demandem maior cuidado. A viabilização desse processo envolve a sensibilização e capacitação dos profissionais da APS, através de informações sobre abordagem do uso de SPA na adolescência. **Objetivos:** Capacitar os profissionais de saúde que atendem adolescentes na APS a efetuar identificação de uso de SPA e realizar abordagem adequada à gravidade da situação. **Métodos:** Estudo de intervenção, descritivo e prospectivo. Foi elaborado material, realizada capacitação teórica e comparado o conhecimento prévio (PrT) e posterior à formação (PoT), assim como a intenção de mudanças nas práticas de atendimento dos adolescentes em Paulínia/SP. O conhecimento prévio e adquirido após a capacitação, considerou *Acertos* as respostas em consonância com literatura atual no tema. O Teste McNemar foi utilizado para análise das respostas fechadas e comparação do PrT e PoT. A relação da profissão, gênero e local de trabalho com o conhecimento foi avaliada pelo Qui-quadrado ou exato de Fisher e do conhecimento com a idade e tempo de formado pelo teste Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi 5% ( $p < 0.05$ ). **Resultados:** A capacitação abordou particularidades da adolescência, uso de drogas nesta etapa da vida, avaliação de gravidade pela escala CRAFFT, utilização do fluxograma SBIRT e formas de abordagem do uso de SPA. Participaram do treinamento 139 pessoas, incluindo 70% de todos os profissionais da APS que atendem adolescentes. A maioria dos participantes era do sexo feminino, média de idade de 43,9 anos e tempo médio de formado de 19 anos. Houve boa aceitação do material disponibilizado. Ocorreu aumento estatisticamente significativo na taxa de *Acertos* quando comparados PrT e PoT, particularmente quanto a critérios de gravidade, instrumentos de triagem e rede de cuidado local. A profissão, tempo de formado e sexo interferiram pouco nos conhecimentos prévios e na aquisição de informações. A intenção de mudanças nos atendimentos foi observada em relação ao uso de álcool, todavia para tabaco e demais SPA não houve modificações significativas. Houve baixa adesão ao matriciamento pós capacitação. **Conclusões:** A capacitação contribuiu para acesso a informação e aquisição de conteúdo baseada em literatura atual acerca de tópicos relevantes na abordagem do uso de SPA em adolescentes por profissionais da saúde na APS. Houve melhor aquisição de conhecimento sobre tópicos objetivos e ferramentas de fácil incorporação na rotina clínica e menos mudanças no conhecimento acerca dos dados epidemiológicos. Os resultados apontados estimulam a replicação da estratégia, visando a ampliação do potencial de atuação dos profissionais da APS na abordagem do uso de drogas por adolescentes.

**Palavras-chave:** prevenção; atenção primária à saúde; adolescente; capacitação; profissional da saúde; drogas; bebidas alcoólicas.

## ABSTRACT

Adolescence is a period of vulnerability for the experimentation of psychoactive substances (PAS), which can lead to other problems, intoxications, exposure to risk situations and development of dependence. An early identification makes possible a fast intervention and, if necessary, a referral for specialized treatment. Primary Health Care (PHC) stands out as one of the main sites for actions in the field of prevention, since it provides the opportunity of identifying the beginning of a problem and to interfere in its progression, besides allowing the monitoring of actions in cases that require greater caution. The feasibility of this process involves the sensitization and training of PHC professionals, through information regarding the use of SPA and familiarization with assessment instruments for adolescents. **Objectives:** To train health professionals that attend adolescents to identify the use of PAS and take the appropriate approach according to the situation. **Methods:** Descriptive, quantitative and prospective studies regarding intervention. Material was elaborated, theoretical training took place and prior knowledge (PrT) and post-training (PoT) were compared, as well as possible changes regarding the daily clinical practices in the city of Paulínia/SP. Previous knowledge and the one acquired after the training considered *Scores* the answers according to current literature regarding the subject. The McNemar Test was used for the analysis of responses and comparison of PrT and PoT. The relationship of the profession, gender, and workplace with knowledge was assessed by Chi-squared test or Fisher's exact test and the knowledge regarding age and time of training through the Mann-Whitney test. The level of significance was 5% ( $p < 0.05$ ). **Results:** The training material included concepts about adolescence, drug use in this stage of life, assessment of severity by the CRAFFT scale, use of the SBIRT flow chart and ways of approaching the use of SPA. 139 people participated, including 70% of all PHC professionals serving adolescents. The majority of the participants were female, with a mean age of 43.9 years and a mean time since graduation of 19 years. The material produced was well accepted. There was a significant increase in the rate of *Scores* when compared the PrT and PoT, particularly regarding severity criteria, screening instruments and local care network. The profession, training time, gender and place of work didn't interfere much in the previous knowledge and acquisition of information. The intention of making changes regarding the attendance dynamics was observed regarding the use of alcohol, however, for tobacco and other PAS there were no significant modifications. There was low adherence to post-qualification matriculation. **Conclusions:** The training allowed access to information and content acquisition based on current literature on relevant topics in the approach of usage of PAS by adolescents by health professionals. There was a better acquisition of knowledge regarding objective topics and tools of easy incorporation in clinical routine and fewer changes in epidemiological data. These results stimulate the replication of this strategy, aiming to increase the acting potential of the PHC professionals to approach the use of drugs by adolescents.

**Key-words:** prevention, primary health care, adolescent, training, Health Personnel, substance-related disorders, alcoholic beverages

## Lista de quadros e tabelas

	pg
Fluxograma das fases do projeto.....	41
Quadro 1. Temas definidos para a construção do material da capacitação.....	67
Tabela 1. Resultados parciais.....	68
Tabela 2. Pré Teste: Fatores de risco apontados.....	70
Tabela 3. Pós Teste: Fatores de risco apontados após a capacitação.....	71
Tabela 4. Pré Teste: Abordagem do uso de SPA no 1º atendimento entre as profissões.....	72
Tabela 5. Pós Teste: Abordagem do uso de SPA no 1º atendimento entre as profissões após a capacitação...	72
Tabela 6. Pré Teste: Conhecimento de Entrevista Motivacional entre as profissões.....	73
Tabela 7. Pós Teste: Conhecimento de Entrevista Motivacional entre as profissões após a capacitação.....	73
Tabela 8. Pós Teste: Gênero com maior uso na vida de álcool.....	74
Tabela 9. Comparativo não estatístico entre prática prévia sobre perguntar sobre uso de álcool nos atendimentos e intenção de perguntar após a capacitação.....	76
Tabela 10. Comparativo estatístico entre prática prévia sobre perguntar sobre uso de álcool nos atendimentos e intenção de perguntar após a capacitação.....	77
Tabela 11. Pré Teste: Critérios para perguntar sobre uso de álcool para adolescentes.....	78
Tabela 12. Pós Teste: Critérios que os profissionais pretendem utilizar para perguntar sobre uso de álcool para adolescente.....	79
Tabela 13. Pré Teste: Critérios para perguntar sobre uso de tabaco para adolescentes.....	80
Tabela 14. Pós Teste: Critérios que os profissionais pretendem utilizar para perguntar sobre uso de tabaco..	81
Tabela 15. Pré Teste: Critérios para perguntar sobre uso de SPA ilícitas para adolescentes.....	82
Tabela 16. Pós Teste: Critérios que os profissionais pretendem utilizar para perguntar sobre uso de SPA ilícitas.....	83
Tabela 17. Pré Teste: Perguntas que os profissionais realizam para adolescentes em uso de SPA.....	84
Tabela 18. Pós Teste: Perguntas que pretendem realizar para adolescentes em uso de SPA.....	85
Tabela 19. Pré Teste: Argumentos utilizados para motivar o adolescente a parar de usar SPA.....	86
Tabela 20. Pós Teste: Argumentos que os profissionais pretendem utilizar para motivar o adolescente a parar de usar SPA.....	87
Tabela 21. Comparativo estatístico de respostas Pré e Pós Teste: Dificuldades, experiências e práticas em relação a abordagem e encaminhamentos dos adolescentes em uso de SPA.....	88
Tabela 22. Pré Teste: Instrumento de triagem de uso de SPA específico para adolescentes conhecidos pelos profissionais.....	89
Tabela 23. Pós Teste: Instrumento de triagem de uso de SPA específico para adolescentes conhecidos pelos profissionais após a capacitação.....	89
Tabela 24. Pré Teste: Locais de tratamento para adolescentes em uso de SPA conhecidos pelos profissionais.....	90
Tabela 25. Pós Teste: Locais de tratamento para adolescentes em uso de SPA conhecidos pelos profissionais após capacitação.....	90
Tabela 26. Pré Teste: Critérios de gravidade utilizados para realizar encaminhamentos dos adolescentes em uso de SPA para tratamento em serviços especializados.....	91
Tabela 27. Pós Teste: Critérios de gravidade a serem utilizados para realizar encaminhamentos dos adolescentes em uso de SPA para tratamento em serviços especializados após capacitação.....	92
Tabela 28. Perfil dos adolescentes que responderam o CRAFFT/CESARE após a capacitação.....	93
Quadro 2. Matriciamento UBS.....	94

## SUMÁRIO

1-	Introdução.....	13
1.1-	Apresentação da tese.....	13
1.2-	Adolescência e vulnerabilidade.....	14
1.3-	Dados epidemiológicos sobre uso de Substâncias Psicoativas (SPA) na adolescência.....	17
1.4-	Abordagem do uso de SPA na adolescência.....	21
1.5-	Abordagem do uso de SPA por adolescentes na Atenção Primária à Saúde (APS).....	23
1.6-	Capacitação de profissionais da APS para abordagem de uso de SPA em adolescentes..	28
2-	Objetivos.....	33
2.1-	Objetivo Geral.....	33
2.2-	Objetivos Específicos.....	33
3-	Sujeitos e Métodos.....	34
4-	Resultados.....	44
4.1-	Artigo 1.....	43
4.2-	Artigo 2.....	51
4.3-	Resultados complementares.....	67
5-	Discussão complementar .....	96
5.1-	Limitações.....	108
6-	Conclusões.....	111
7-	Referências Bibliográficas.....	114
8-	Anexos.....	127
	Anexo 1: TCLE.....	127
	Anexo 2: Apresentação multimídia.....	128
	Anexo 3: Apostila da capacitação.....	137
	Anexo 4: Versão brasileira do CRAFFT/CESARE.....	161
	Anexo 5: SBIRT for Adolescents (SBIRT-A).....	162
	Anexo 6: Versão SBIRT para adolescente em português.....	163
	Anexo 7: Pré e Pós Testes .....	164
	Anexo 8: Carta Convite.....	170
	Anexo 9: Aprovação pelo Comitê de ética.....	173
	Anexo 10: Comprovante de artigo aceito para publicação (Artigo 1).....	178

## 1-INTRODUÇÃO

### 1.1- Apresentação da tese

O caminho rumo a construção dessa tese teve seu início no despertar de meu interesse pelas peculiaridades e nuances da Dependência Química durante a Residência de Psiquiatria Geral. A formação nessa área, aliada à Residência de Psiquiatria da Infância e Adolescência, permitiu a convivência rotineira com minha mentora, Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo, onde através da prática clínica diária e da criação de espaços de atendimentos na interface adolescência e uso de substâncias psicoativas (SPA), inseridos no Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA), permitiu que a semente do que hoje é esse trabalho germinasse e levantasse algumas questões: *“Os adolescentes estão sendo rastreados nos atendimentos de rotina para uso de álcool e outras drogas? Quem são os potenciais atores neste cenário de prevenção? Como facilitar este processo?”*. A partir de questões como estas, e da escassez de ferramentas para abordagem inicial de adolescentes na temática álcool e outras drogas, foram sendo delineadas as particularidades da minha Dissertação de Mestrado, da qual o principal fruto colhido foi a validação do CRAFFT/CESARE, instrumento de triagem de uso de substâncias específico para a utilização em adolescentes.

Em paralelo, minha vida profissional foi criando raízes na rede pública do município de Paulínia-SP, local onde pude adaptar o conhecimento adquirido para a prática dentro da realidade do SUS. Nesse terreno fértil me foi permitido idealizar, em parceria com outros colegas de trabalho, um serviço de atendimento de adolescentes em uso de SPA inserido dentro do CAPS-AD, antigo Centro de Referência em Dependência Química (CRDQ). Através dos atendimentos, da observação, das estatísticas do serviço, da gravidade do uso dos jovens e dos raros encaminhamentos pela Atenção Primária à Saúde (APS), novamente foram fecundadas as questões base do presente trabalho: *“Os jovens estão sendo investigados para o uso de SPA? Os profissionais da APS têm segurança para realizar essa abordagem? Quais são os fatores que dificultam este processo? Como contribuir para a mudança de atitude dos profissionais?”* Diante da tentativa de responder a esses questionamentos, do desejo de atuar no início do uso de SPA pelos jovens, objetivando a redução de problemas associados ao uso, somado à necessidade imperativa de treinamento e apoio dos profissionais na linha de cuidado na APS, nasceu como fruto final esta tese.

Certamente, a realização deste trabalho me ajudou a responder parcialmente as minhas perguntas e suscitou várias outras, efeito colateral desejável quando buscamos contribuir com arcabouço teórico que pretende incidir na prática clínica. Espero que auxilie na busca de respostas para alguns e na construção de novas indagações para tantos outros.

## **1.2- Adolescência e vulnerabilidade**

A adolescência é o período em que ocorre a transição do mundo infantil para a realidade adulta. Esta etapa é marcada por transformações nas esferas físico-biológicas, sociais e psicológicas.<sup>1</sup> Trata-se de uma fase crucial para a construção da autoimagem corporal, relações sociais, independência, identidade sexual e hábitos que se tornarão duradouros.<sup>2</sup> Estes fatores, somados à maior vulnerabilidade deste período, propiciam um momento de risco para experimentação de substâncias psicoativas (SPA).<sup>3,4,5</sup> Diante da complexidade dos fatores envolvidos na instalação de transtornos relacionados ao uso de drogas, é muito difícil distinguir os adolescentes que vão utilizar SPA por um breve período, daqueles que manterão o uso ao longo dos anos.<sup>6,7</sup>

As motivações para o uso de SPA nesta faixa etária são diversas e envolvem principalmente a curiosidade, a participação em grupo de pares, o desejo de vivenciar os sintomas de embriaguez, desinibição, relaxamento e encorajamento para tomada de decisões.<sup>7,8,9,10</sup> As SPA também podem ser utilizadas tanto para lidar com as novidades do crescimento, como também para aliviar as dores e anseios que envolvem a saída do mundo infantil rumo a construção da idade adulta.<sup>3,7</sup>

Sabe-se que qualquer uso de SPA envolve riscos à saúde que ocorrem previamente a instalação da dependência química, e os adolescentes parecem ser particularmente susceptíveis aos problemas associados ao uso de SPA, como intoxicação, atividade sexual precoce, agressividade, pior desempenho acadêmico, acidentes automobilísticos, exposição a relação sexual desprotegida e acidentes.<sup>1,2,3,6,11,12,13,14,15,16</sup> Além da maior possibilidade de evolução para quadros de dependência na vida adulta.<sup>3,13,14,17,18</sup> Torna-se particularmente preocupante quando o uso de SPA pelos adolescentes promove uma diminuição na competência para realizar julgamentos e redução na capacidade de decisão, com consequente exposição a situações de risco.<sup>9,17</sup>

As características impulsivas, as alterações de humor e o desejo por novidades acabam acentuando os comportamentos de risco dos adolescentes.<sup>6</sup> De modo geral,

nesta fase, o desenvolvimento cerebral, especialmente do córtex pré-frontal, responsável pelas funções executivas, ainda está ocorrendo e os sistemas dopaminérgico (ativador) e serotoninérgico (inibitório) não atingiram a maturação completa, havendo um predomínio do primeiro sistema em relação ao segundo, fato que contribuiria para a vulnerabilidade para danos elevados neste período, culminando em prejuízo na avaliação dos potenciais riscos e das consequências adversas das próprias ações.<sup>5,14</sup>

Várias hipóteses neurobiológicas e cognitivas têm sido postuladas sobre por que os adolescentes se envolvem em escolhas de comportamentos considerados de risco. Estudo de revisão sugere que o desenvolvimento cognitivo através dos anos da adolescência está associado à eficiência progressivamente maior das capacidades de controle cognitivo. Essa eficiência é descrita como dependente da maturação do córtex pré-frontal, conforme evidenciado pelo aumento da atividade dentro de regiões pré-frontais focais e diminuição da atividade em regiões irrelevantes do cérebro.<sup>19,20</sup> Aparentemente, esse padrão de melhor controle cognitivo associada a maturação do córtex pré-frontal sugere um aumento linear no desenvolvimento desde a infância até a idade adulta. No entanto, se o controle cognitivo e a imaturidade do córtex pré-frontal são a base para o comportamento de risco, então as crianças devem parecer notavelmente semelhantes ou mesmo com pior capacidade em suas escolhas em comparação aos adolescentes, dado seu córtex pré-frontal menos desenvolvido e suas habilidades cognitivas inferiores. Entretanto, os dados do Centro Nacional para Estatísticas de Saúde dos EUA sobre comportamento e mortalidade de adolescentes sinalizam para uma mudança não linear no comportamento, com um maior padrão de exposição a situações de risco na adolescência. Assim, a função pré-frontal imatura por si só não poderia justificar completamente o comportamento impulsivo do adolescente.<sup>19</sup>

Os modelos neurobiológicos de desenvolvimento de adolescentes mais atuais acrescentam que as regiões pré-frontal e do sistema límbico devem ser consideradas em conjunto para um maior entendimento do comportamento dos adolescentes, já que, particularmente nessa fase, o desenvolvimento do sistema límbico ocorre mais cedo do que as regiões de controle pré-frontal. Ou seja, na adolescência há um desequilíbrio entre a influência das regiões funcionalmente maduras do sistema límbico em detrimento do córtex pré-frontal que ainda está em processo de maturação; comparado com crianças para quem ambos os sistemas estão em desenvolvimento igualitário; e comparado aos adultos, para quem estes sistemas estão completamente maduros. Desse

modo, progressivamente com o desenvolvimento e a experiência, a conectividade funcional entre essas regiões fornece uma regulação mais adequada.<sup>19</sup>

Diante da imaturidade do sistema nervoso central, a prevenção de agressões a este órgão é essencial para que o desenvolvimento ocorra da melhor maneira possível.<sup>21</sup> No entanto, o uso de SPA não apenas atua de maneira negativa nesse processo, interferindo na possibilidade de se atingir um desenvolvimento mais pleno desse órgão e das funções associadas,<sup>17</sup> como também, quanto mais precoce for o contato com SPA, maiores são as chances de desenvolvimento de dependência química no futuro.<sup>14,22</sup>

Estudo realizado com amostra representativa de crianças, com seguimento até 21 anos de idade, constatou que a idade média do início dos primeiros sintomas em crianças que acabariam por ter um diagnóstico de determinado transtorno mental precedeu o diagnóstico completo em cerca de dois anos. Algumas vezes o primeiro sintoma e o transtorno completo ocorreram quase simultaneamente (transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtornos ansiosos), enquanto em outros transtornos (transtorno desafiador de oposição, transtorno de conduta, depressão) houve um intervalo de tempo de cerca de três anos. No caso dos adolescentes que iniciaram o uso de álcool e outras SPA no início da adolescência, a possibilidade de preencherem os critérios diagnósticos formais para dependência química/transtorno por uso de SPA é muito pequena, vindo a ocorrer apenas no final da adolescência. Isso implica que, para muitos transtornos psiquiátricos, dentre eles o uso de risco de SPA, existe uma latência na possibilidade de atuação entre os primeiros sintomas e a chance de intervenção.<sup>23</sup>

Estratégias preventivas específicas podem modificar os riscos e promover fatores de proteção que estão ligados a importantes determinantes da saúde mental, emocional e comportamental, especialmente em áreas como funcionamento familiar, experiências da primeira infância e habilidades sociais. Intervenções também podem e devem ser utilizadas para reduzir a incidência de transtornos comuns ou comportamentos problemáticos, tais como depressão, uso de substâncias e transtornos de conduta. Algumas intervenções reduzem o risco de evolução para transtornos mais graves e comportamentos problemáticos, além de aumentar o funcionamento saudável. Embora haja limitações sobre as evidências dos custos e benefícios das intervenções, sugere-se que muito provavelmente os benefícios sejam maiores do que os custos.<sup>24</sup>

Diversos estudos apontam para a associação do uso de SPA a maiores taxas de sintomas depressivos, ansiosos e hostilidade entre adolescentes, assim como para um



maior dano à estrutura cerebral diante da exposição precoce as SPA.<sup>22,25</sup> Infelizmente, para alguns jovens a adolescência será o cenário de início das primeiras manifestações de transtornos mentais graves, com destaque para os quadros psicóticos. A relação causal ou mesmo as associações de vulnerabilidade entre o uso de SPA e a psicose são um campo vasto para pesquisa e debate, havendo atualmente consenso de que o uso de determinadas SPA contribui para o aumento do risco de psicose.<sup>26</sup> Estudo longitudinal que se propôs a investigar o impacto do uso de SPA e o risco de psicose através do acompanhamento periódico de 14.062 crianças nascidas entre 1991 e 1992, corroborou a existência da associação entre uso precoce de SPA, especialmente a maconha, e psicose<sup>27</sup>. Estudo de revisão também confirma essa associação.<sup>28</sup> Estima-se que o risco de quadros psicóticos é duas a três vezes maior em usuários de maconha de início precoce quando comparado a não usuários.<sup>27,29</sup> Levantamento norte-americano que utilizou amostra representativa de adolescentes, constatou que 4,6% dos adolescentes preencheram critério para transtornos por uso de SPA e as taxas de comorbidade de doença mental entre esses jovens variou de 50 a 71%.<sup>30</sup>

Desse modo, a atuação preventiva, educativa e de intervenção direcionada àqueles jovens que ainda não experimentaram, que experimentaram ou estão em uso frequente possibilita uma mudança no desfecho final relacionado ao uso e à exposição a situações de risco.

### **1.3- Dados epidemiológicos sobre uso de Substâncias Psicoativas na adolescência**

As substâncias mais consumidas mundialmente pelos adolescentes continuam sendo o álcool e o tabaco.<sup>31,32</sup> Em relação às SPA ilícitas, o relatório das Nações Unidas apontou acentuação no uso de maconha globalmente e atenuação do uso de cocaína no período entre 2010 e 2011 na América do Norte e Europa Ocidental e Central.<sup>33</sup>

A série histórica norte-americana, “*Monitoring The Future (MTF)*”, realizada há 42 anos entre os adolescentes estudantes dos Estados Unidos da América (EUA), constatou que, nos últimos dezesseis anos, houve redução do uso na vida de qualquer SPA ilícita, além de redução da prevalência anual do uso de SPA ilícitas. No entanto, assim como no restante do mundo, o álcool continua sendo amplamente utilizado pelos jovens norte-americanos. Em 2016, as taxas de uso no mês de álcool pelos estudantes do 8º (13-14 anos), 10º (15-16 anos) e 12º (17-18 anos de idade) série foram, respectivamente, 7%, 20% e 33%. As taxas de uso na vida, no ano, no mês e o consumo excessivo de bebida alcoólica (padrão de “*binge drinking*”) em 2016 apresentaram as

menores taxas ao longo dos anos de levantamento nas três séries (8º, 10º e 12º série). Em relação ao tabagismo, entre meados de 1990 e 2004, o uso no mês de tabaco pelos estudantes norte-americanos diminuiu consideravelmente, porém, este declínio importante no tabagismo entre adolescentes desacelerou após 2002. Ainda assim, em 2016, o uso no mês apresentou redução. Especula-se que essa diminuição teve relação com o aumento em 2009 nos impostos federais sobre o tabaco. De particular importância, a iniciação do tabagismo entre os estudantes de 13 e 14 anos diminuiu em quatro quintos, de um pico de 49% em 1996 para 10% em 2016. A maconha é a SPA ilícita mais utilizada ao longo dos 42 anos da série histórica do MTF. O uso no ano de maconha entre a faixa etária de 13-14 anos aumentou entre 2007 e 2010, declinou levemente entre 2010 e 2012 e teve atenuação significativa em 2016. Entre os jovens de 15-16 anos houve aumento do uso na vida entre 2008 e 2013 e apresentou queda após esse período. Na faixa de 17-18 anos houve acentuação do uso entre 2006 e 2011 e se manteve estável ao longo de 2016. Nos últimos dezesseis anos houve redução do uso de cocaína entre os estudantes norte-americanos. Para a faixa etária de 17-18 anos o uso no ano apresentou uma baixa histórica (2,3%) em 2016, enquanto que o uso entre 13-14 anos e 15-16 anos permaneceu baixo (0,8% e 1,3%, respectivamente).<sup>31</sup>

O Levantamento Escolar Europeu sobre álcool e outras drogas (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - ESPAD*), conduzido em 35 países da Europa, apontou que 23%, 47%, e 3% dos estudantes usaram, respectivamente, tabaco, álcool e SPA ilícitas antes dos 13 anos de idade, sendo os meninos mais propensos ao uso de maconha antes dos 13 anos de idade em comparação às meninas. O uso na vida de tabaco pelos estudantes apresentou taxas de 16 a 66%, sendo a menor taxa encontrada na Islândia e a maior na República Tcheca. Em 15 dos 35 países participantes, mais da metade dos estudantes experimentou tabaco ao menos uma vez na vida. Mais da metade dos estudantes (idades entre 15,7 e 16,4 anos), com exceção da Islândia (35%), usaram álcool na vida. A média de uso na vida de álcool foi de 80% (variando de 35-96%). Em relação as SPA ilícitas, as taxas de uso na vida variaram consideravelmente entre os países participantes do ESPAD. Na República Tcheca 37% dos estudantes reportaram uso na vida, sendo essa taxa o dobro da média dos demais países (em torno de 18%). Estudantes da Bulgária, França, Liechtenstein e Mônaco também apresentaram taxas mais altas de uso na vida de SPA ilícitas (30-32%). Níveis particularmente baixos, 10% ou menos, foram encontrados na Albânia, Chipre, Ilhas Féroé, Finlândia, República da Macedônia, Islândia, Moldávia, Montenegro, Noruega,

Suécia e Ucrânia. A SPA ilícita mais prevalente entre todos os países do ESPAD foi a maconha. Em média, 16% dos estudantes usou maconha pelo menos uma vez na vida.<sup>34</sup>

As tendências encontradas no período de 1995 a 2015 apontadas no estudo foram: a proporção média de estudantes que consideraram “fácil” a obtenção de maconha aumentou entre 1995 e 2003 em ambos os sexos e se estabilizou a partir de então; queda do uso precoce, antes dos 13 anos de idade, diário de maconha (10% entre 1995-2003 para 4% em 2015); as taxas de uso na vida e no mês de álcool diminuíram entre 2003 e 2015; o uso na vida de maconha aumentou entre 1995 e 2015 de 11% para 17%, respectivamente; o uso na vida de SPA ilícitas (exceto maconha) atingiu um pico em 2007 e, desde então, as taxas parecem ter diminuído ligeiramente.<sup>34</sup>

Dados nacionais obtidos pela terceira Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada em 2015, com 13.199.862 estudantes na faixa de 13 a 17 anos, apontaram que a experimentação (uso na vida) de tabaco foi de 19% entre os adolescentes de 13 a 15 anos de idade e 29% entre os adolescentes na faixa etária de 16 a 17 anos. A experimentação do tabaco antes dos 14 anos foi referida por 10% dos estudantes. Em relação à experimentação de álcool, 53% dos alunos entre 13 e 15 anos e 70% dos alunos entre 16 e 17 anos responderam afirmativamente a esta questão. O primeiro contato com o álcool ocorreu antes dos 14 anos para 21% dos estudantes. Para as SPA ilícitas o uso na vida foi de 9% na faixa de 13 a 15 anos e de aproximadamente 17% para os estudantes de 16 a 17 anos. A experimentação de SPA ilícitas antes dos 14 anos foi referida por 3% dos alunos.<sup>35</sup>

Os dados do VI Levantamento Nacional realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) são semelhantes aos vistos no cenário mundial, sendo o álcool e o tabaco as substâncias mais consumidas pelos adolescentes. Entre os estudantes de 10 a 12 anos, 10,4% relataram uso na vida, 5,4% no ano, 2,7% no mês e 0,4% pesado de SPA. É importante destacar que aproximadamente 5% dos entrevistados iniciou a experimentação de SPA antes dos 10 anos de idade.<sup>36</sup>

Ao comparar os resultados do VI Levantamento Nacional com os dados dos cinco levantamentos anteriores, observa-se que houve redução estatisticamente significativa do uso na vida de solventes e anfetamínicos, aumento do uso na vida de ansiolíticos e cocaína e não houve alterações no uso na vida de maconha e crack, que representavam respectivamente 5,7% e 0,6%. É importante ressaltar que a população observada nesses estudos é de adolescentes estudantes, não abrangendo os jovens que

não estão frequentando locais de ensino.<sup>36,37,38,39,40,41</sup>

Dados do I Levantamento Nacional sobre os padrões de uso de álcool na população brasileira apontaram que 3% dos participantes na faixa etária de 14 a 19 anos tinham usado ao menos uma SPA ilícita nos últimos 12 meses. Em torno de 2% usaram maconha, 1,1% solventes e 0,5% crack/cocaína, no último ano. Em relação às SPA lícitas, metade dos adolescentes usou álcool no último ano. A média de idade para o início do uso de álcool foi de 15,8 anos e 11,3% dos adolescentes foram identificados como abusadores ou dependentes desta substância. Para o tabaco, a idade de início foi 14,7 anos, 7,3% eram tabagistas e um terço destes adolescentes fumavam 20 ou mais cigarros por dia.<sup>42</sup>

O panorama nacional de uso de SPA por adolescentes apontado no II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, realizado em 2012, indicou que 4% dos adolescentes já usaram maconha ao menos uma vez na vida. O início do uso de maconha ocorreu antes dos 18 anos em 60% do total de indivíduos avaliados.<sup>43</sup>

Estudo realizado sobre o consumo de cocaína no Brasil a partir dos dados do LENAD II, aponta que entre os adolescentes (14 a 19 anos de idade), a taxa de uso na vida foi de 3,6% (6,7% entre meninos e 0,5% entre meninas) e 2,4% destes usaram a substância ao menos uma vez no último ano (4,5% entre meninos e 0,3% entre meninas). O uso na vida de crack foi reportado por 0,8% dos adolescentes.<sup>44</sup>

Estudo realizado na cidade de Paulínia/SP sobre a venda de bebidas alcoólicas para adolescentes entre 13 e 17 anos constatou que 85,2% dos jovens conseguiram comprar a substância nos estabelecimentos pesquisados. A idade do adolescente foi questionada em 30,5% dos locais e ainda assim 51,5% venderam a bebida. Nenhum dos estabelecimentos solicitou a apresentação de documento. Concluiu-se que não houve dificuldade ao acesso de bebidas alcoólicas pelos adolescentes na cidade em questão a despeito da atual legislação brasileira, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 e Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007, que proíbe a venda e o uso de bebidas alcólicas por menores de 18 anos.<sup>45,46,47</sup>

Dados relativos aos adolescentes inseridos em serviço de atendimento especializado em dependência química do município de Paulínia (CAPS-AD, antigo Centro de Referência em Dependência Química - CRDQ) apontaram que em relação ao uso na vida de SPA, 93% dos adolescentes usaram maconha, 77% álcool, 59% tabaco, 48% cocaína e 28% solventes. O uso na vida de álcool pelas adolescentes do sexo feminino foi superior aos do sexo masculino, 85 e 74% respectivamente.<sup>48</sup>

Estudos apontam que, embora em número insuficiente, existem serviços de atendimento para adolescentes com problemas considerados graves, enquanto a prevenção e identificação de casos iniciais é pouco expressiva, ou de baixa acessibilidade e aceitabilidade.<sup>4</sup> Provavelmente o que vem ocorrendo são tentativas de intervenção tardia ou a execução de estratégias que não atingem a maior parte dos adolescentes.<sup>11</sup>

#### **1.4- Abordagem do uso de Substâncias Psicoativas na adolescência**

Diante dos problemas relacionados ao uso de SPA por adolescentes, algumas entidades vêm se posicionando a respeito da prevenção, detecção e intervenção nesta população específica. As Diretrizes para Serviços de Prevenção para Adolescentes elaborada pela Associação Médica Americana recomendam que todos os adolescentes devem ser rastreados para o uso de SPA como parte de uma rotina de assistência médica, cabendo a todos os provedores de saúde o questionamento sobre o uso de SPA.<sup>49,50,51</sup> No entanto, apesar destas recomendações, ainda existe uma baixa identificação dos adolescentes em uso de SPA, inclusive por parte dos pediatras.<sup>4</sup>

Dados da Academia Americana de Pediatria (AAP) apontam que menos da metade dos pediatras membros da entidade questionam os jovens sobre uso de SPA.<sup>52</sup> O motivo pelo qual os médicos fracassam neste processo ainda é pouco conhecido. Estudos sobre o tema levantam as seguintes hipóteses: desconforto por parte do profissional na abordagem do uso de SPA na adolescência, ausência de capacitação para triagem e realização de intervenções e o curto espaço de tempo dentro dos atendimentos para realizar todas as recomendações de promoção de saúde e realizar o rastreamento do uso de SPA.<sup>4,12,52,53</sup>

Em 2017, a Academia Americana de Pediatria emitiu um manual de aconselhamento de pais e adolescentes sobre o uso de maconha em que reforça a necessidade do rastreamento do uso de SPA nesta população, assim como a importância do fornecimento de dados científicos acerca dos prejuízos a curto e médio prazo associados ao uso nesta faixa etária.<sup>17</sup>

No Brasil ainda não há uma normatização sobre o modo de identificação dos adolescentes em uso de SPA, mas existe a indicação, por parte do Ministério da Saúde, de que os profissionais devem estar aptos a identificar adolescentes com problemas associados ao uso de SPA, verificar sua limitação de manejo e encaminhar adequadamente ao serviço de referência, muito embora não haja uma orientação formal

sobre como realizar a triagem e intervenções consequentes. Ainda assim, outros documentos orientam o profissional de saúde a focar o primeiro encontro apenas no motivo da consulta, postergando para um segundo momento a abordagem dos demais aspectos, como sexualidade, uso de SPA e desenvolvimento puberal.<sup>54,55,56</sup>

Recentemente a Sociedade Brasileira de Pediatria publicou um manual de orientação destinando aos pediatras sobre os prejuízos do uso do álcool à saúde de crianças e adolescentes. Nele há uma valorização da posição de confiança da criança/adolescente/família estabelecida nos atendimentos pediátricos e através dela acredita-se que a abordagem dessa temática seja mais facilmente instituída a partir deste vínculo pré-existente. Ressalta, ainda, que o trabalho preventivo do uso de SPA na Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos papéis a ser exercido pelos pediatras e que o desenvolvimento da escuta e a prática de técnicas motivacionais são essenciais para o sucesso destas intervenções.<sup>3</sup> No entanto, assim como as demais orientações nacionais, não esclarece de maneira estruturada os meios para se obter as ferramentas para executar a triagem e manejo apropriado de cada situação vivenciada na prática clínica.

Desse modo, percebe-se que não há um consenso nacional a respeito da triagem do uso de SPA na adolescência e do manejo a ser realizado, fato que pode abrir espaço para a criação de programas de capacitação da rede de Atenção Primária a Saúde (APS) visando preencher essa lacuna.

A utilização de instrumento validado para a triagem do uso/abuso de SPA por adolescentes na APS possibilita a identificação precoce do problema, a realização de intervenção breve durante o próprio atendimento e, a depender da gravidade, o encaminhamento para profissional habilitado a lidar com a situação.<sup>11,15,49,57</sup>

Estudo apontou que os pediatras da Atenção Primária a Saúde (APS) se sentem mais despreparados para diagnosticar problemas decorrentes do uso de álcool e demais substâncias do que para efetuar o diagnóstico de depressão.<sup>4</sup> Há também uma inclinação maior a se realizar triagem em adolescentes do gênero masculino do que feminino, sendo que os médicos homens tendem a rastrear mais meninos do que as médicas mulheres.<sup>4,58</sup>

Diante das dificuldades apontadas, a disponibilização de ferramentas que facilitem a execução de ações e estimulem os profissionais a realizar a identificação dos jovens em uso de SPA, seja através de capacitações, educação continuada ou utilização de equipamentos de rastreio, pode contribuir para que este quadro seja paulatinamente alterado.<sup>4,12,59,60</sup>

### **1.5-Abordagem do uso de Substâncias Psicoativas por adolescentes na Atenção Primária à Saúde**

Sendo a APS um espaço que possibilita as práticas de educação em saúde para a comunidade, assim como a elaboração e estreitamento de vínculos com os diversos setores com a finalidade de promoção da saúde mental, é importante que a triagem, intervenção breve e encaminhamentos para serviço especializado sejam incorporadas à rotina de atendimento de todos os membros das equipes de saúde que assistem as crianças e adolescentes.<sup>16,61,62,63</sup>

Os membros das equipes de saúde na atenção básica são profissionais privilegiados para atuação no campo da prevenção, detecção e manuseio de todos os riscos à saúde, incluindo o tabaco, o álcool e demais SPA entre as crianças e adolescentes.<sup>3,13,15</sup> Estes profissionais podem estabelecer contato com os jovens no acolhimento, na sala de vacinação, nos atendimentos médicos e nos atendimentos assistenciais, e a partir destes momentos executar programas de identificação precoce de uso de SPA. A simples mensagem de “não use SPA” é uma intervenção simples e que pode e deve ser reforçada pelos profissionais através da apresentação de informações claras e consistentes aos pacientes, pais e outros membros da família.<sup>17,52</sup> Nesse sentido, percebe-se que mesmo em países mais desenvolvidos essa prática precisa ser constantemente reforçada e indicada pelas entidades de saúde.<sup>15,16</sup>

O acolhimento inicial do adolescente pelo profissional da APS permite a criação de um espaço para observações que extrapolam a simples comunicação verbal. A percepção da tonalidade de voz, dos movimentos corporais, da expressão corporal e a escuta da demanda do jovem agregam riqueza e detalhamento para o atendimento. Um ambiente receptivo à chegada do adolescente pode reduzir resistências e facilitar a criação de vínculo, enquanto que um primeiro contato mais hostil pode afastar o jovem, perdendo a oportunidade de realizar abordagens de saúde. As características notoriamente conhecidas desta fase do desenvolvimento como impulsividade, imediatismo e impaciência, dificultam, por exemplo, o respeito aos agendamentos, sendo fundamental uma maior flexibilização dos serviços de saúde.<sup>5,64,65</sup>

Idealmente, o atendimento do adolescente deve ocorrer em dois tempos: o adolescente desacompanhado e com sua família. Ambos os momentos são importantes; o adolescente sozinho pode sentir maior liberdade para tratar de assuntos “íntimos” (sexualidade, desenvolvimento puberal, uso de SPA) e para pontuar abertamente sobre

suas dúvidas e anseios; e o familiar pode agregar dados da dinâmica familiar e informações para o atendimento. Os adolescentes devem ter assegurados seu direito à privacidade, confidencialidade e sigilo, sendo explicitado ao jovem as situações em que poderá haver quebra de sigilo (risco de vida ou outros riscos, como violência sexual, ideação suicida ou informações homicidas).<sup>56</sup> Certamente, o profissional da APS pode e deve ir além do motivo inicial da recepção do adolescente no serviço e abordar temáticas ampliadas.<sup>65</sup>

O cuidado de saúde integral de adolescentes mobiliza a participação ativa dos profissionais que podem atuar nesta frente, sendo essencial a interdisciplinaridade para atender globalmente às demandas do jovem, realizar a troca de informações e para um maior entendimento das tendências e das questões desta fase específica do desenvolvimento.<sup>65</sup> Assim sendo, a parceria com toda a equipe da APS agrega aliados para a identificação e intervenção breve com os adolescentes em uso de SPA, visto que comumente o jovem pode transitar nas unidades de saúde em alguns contextos (vacinas, consultas de enfermagem, atendimentos com assistente social), não necessariamente associados a enfermidades estabelecidas ou a um comportamento nocivo.<sup>66</sup> Ou seja, a triagem para uso de SPA deve ocorrer em todos os contextos de encontros com adolescentes na APS, inclusive nos atendimentos por alguma doença. Estudo de revisão observou que os jovens que comparecem por alguma doença clínica apresentam taxas mais altas de problemas por uso de SPA em comparação com aqueles que comparecem para consultas de rotina.<sup>67</sup>

Estudo de revisão apontou que apesar de existir um consenso no que diz respeito à necessidade de implementação de programas de promoção da saúde e de prevenção ao uso de SPA pelos adolescentes que enfatizem a detecção precoce e manejo, ainda é necessária a capacitação dos profissionais da enfermagem para esta tarefa, devendo ser disponibilizadas informações sobre estratégias para lidar com os adolescentes em risco.<sup>68</sup> É notável a importância da atuação do enfermeiro, especialmente na atenção primária à saúde, já que sua formação propicia o desenvolvimento de profissionais ativos tanto na Unidade de Saúde como também nas ações externas (visitas domiciliares).<sup>60</sup> O trabalho interdisciplinar e as parcerias intersetoriais permitem que o enfermeiro identifique a existência de um problema de uso de SPA entre adolescentes, acolha e realize intervenções.<sup>68,69</sup>

A identificação precoce do uso de SPA por adolescentes permite a realização de Intervenção Breve (IB), que pode envolver ações para adolescentes que nunca usaram



SPA a permanecerem abstinentes ou para ajudar os jovens que já estão em uso, mas não preenchem critérios para dependência química, a reduzir ou interromper o uso.<sup>67</sup> Os principais objetivos da triagem utilizando instrumentos e moldes de intervenção já reconhecidos são: determinar se existe o uso de álcool ou outras substâncias, já que qualquer uso, especialmente entre os adolescentes mais jovens, é preocupante; determinar a gravidade do uso; avaliar se há risco de o jovem estar próximo de vivenciar problemas associados ao uso, e a triagem como um todo permite ao profissional acessar um caminho para iniciar uma IB sobre o uso de SPA e prover dados educativos e aconselhamento apropriado<sup>17,67</sup>

A técnica da IB pode e deve ser utilizada em todos os jovens que buscam atendimento em serviços de saúde. Sabe-se que até mesmo em uma única sessão a IB é capaz de reduzir a prevalência e a intensidade de comportamentos de risco relacionados ao uso de SPA em adolescentes.<sup>12,70,71</sup> Em geral, a duração não ultrapassa poucos minutos, mas caso exista a disponibilidade do profissional, pode ser realizada em mais de um encontro.<sup>49,67,71,72</sup> Ou seja, a IB é uma modalidade de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente.<sup>49,67,71,72</sup>

Os elementos primordiais para realização de intervenções breves eficazes podem ser descritos pelo acrônimo “FRAMES”, ou seja, F: *feedback* (devolutiva), R: *responsability* (responsabilidade), A: *advice* (recomendações), M: *menu* (inventário), E: *empathy* (empatia), S: *self-efficacy* (auto eficácia). O primeiro elemento, *feedback* (devolutiva), mesmo quando não realizado de forma estruturada, permite ao indivíduo refletir sobre o próprio momento atual e propicia ao profissional a chance de fornecer o *feedback* a partir das informações coletadas. O segundo elemento, *responsability* (responsabilidade), enfatiza ao indivíduo a responsabilidade pessoal pela mudança, sendo essa percepção fundamental para a motivação de alterações de comportamento. O terceiro elemento, *advice* (recomendações), são as orientações ou conselhos claros e objetivos para a obtenção de mudanças de comportamentos, somados da discussão de possíveis metas. O quarto elemento, menu (inventário), consiste na oferta de diversas estratégias para lidar com as situações de risco e consequentemente mudar o comportamento. Um leque vasto de opções possibilita ao indivíduo o poder de escolher aquele que melhor supra suas necessidades. O quinto elemento, *empathy* (empatia), tem um forte impacto para a motivação e mudança. A postura empática do profissional permite que as orientações objetivas e, até mesmo, os feedbacks mais enfáticos sejam realizados sem prejuízo ao bom fluxo do tratamento. O sexto elemento, *self-efficacy*

(auto eficácia), consiste em instilar esperança, otimismo e confiança no indivíduo para que ele acredite em sua capacidade de obter sucesso na mudança de comportamento.<sup>72</sup>

Sabe-se que a IB pode ter um impacto considerável no processo de tomada de decisões e mudanças.<sup>49,67</sup> Estudos revelam que aqueles que receberam um aconselhamento breve bem planejado mostram resultados positivos quando comparados àqueles que não receberam intervenção específica.<sup>71</sup> Outros estudos apontam que os efeitos das intervenções breves parecem ser comparáveis aos desfechos de tratamentos mais longos.<sup>72</sup> Estudo nacional também encontrou resultados semelhantes em relação à efetividade de sessão única e breve de IB.<sup>70</sup> De modo geral, o impacto primordial da IB é na motivação, sendo seu efeito o desencadeamento de decisões e o comprometimento com a mudança.<sup>67,72</sup>

No atendimento com jovens é importante estimular a motivação para mudanças em outros níveis, já que, muitas vezes, o dano objetivo do uso de SPA não é identificável, mas sim os comportamentos de risco associados ao uso, como estar em um carro conduzido por alguém sob efeito de SPA, relação sexual desprotegida, conflitos familiares, queda do rendimento escolar, entre outros.<sup>3,72,73</sup>

Reconhecendo a importância dos pediatras em identificar precocemente e manejar os adolescentes em uso de SPA, a Academia Americana de Pediatria e o Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo norte-americano recomendam que todos os profissionais devem utilizar o SBIRT (Screening for substance use, Brief Intervention, and/or Referral to Treatment) como parte de seus atendimentos de rotina.<sup>17,67,74,75</sup> Ambas as entidades oferecem algoritmos e ferramentas para detecção e prevenção de uso de SPA por adolescentes para utilização em diversos settings de atendimento, como o instrumento de triagem CRAFFT (acrônimo de **C**ar; **R**elax; **A**lone; **F**orget; **F**amily/**F**riends; **T**rouble) e o “Guia NIAAA para triagem de uso de álcool e IB para jovens”.<sup>17,67,74</sup>

A recomendação atual da AAP é que os pediatras devem ampliar sua capacidade de triagem e de ações de intervenção e devem estar familiarizados com as técnicas do SBIRT. Fortalecem, também, o apoio às pesquisas para determinar as estratégias de IB mais eficazes e aplicáveis aos cuidados específicos de saúde dos adolescentes e a paridade de acesso a serviços de tratamento de adolescentes em saúde mental e em uso de SPA, em comparação com os cuidados gerais já existentes com adolescentes com outras patologias e adultos.<sup>49</sup> A efetividade das técnicas do SBIRT são muito bem estabelecidas para adultos com problemas relacionados ao uso de álcool. No entanto,

diante da carência de informações sobre essa modalidade na população adolescente o US Preventive Services Task Force (USPSTF) emitiu um documento onde afirmou não haver evidência suficiente para recomendar, ou não, as técnicas do SBIRT, sugerindo a realização de estudos sobre o tema.<sup>13</sup>

No entanto, o reconhecimento das potenciais evidências que sustentam a utilidade do SBIRT vem sendo construídas apenas nos últimos anos, já que as pesquisas iniciais nesse campo eram realizadas prioritariamente em universitários ou adultos e adolescentes em atendimentos de serviços de emergência.<sup>76,77,78,79,80,81</sup> Atualmente, mais pesquisas estão focando na APS, local que oferece o setting ideal para implementação do SBIRT como parte de uma estratégia de saúde pública.<sup>76,82,83</sup> Muitos adolescentes frequentam anualmente esse tipo de serviço e consequentemente estabelecem relações de confiança com os profissionais favorecendo a utilização do SBIRT.<sup>67,84</sup> Desse modo, apesar das limitações das evidências disponíveis, a recomendação das entidades AAP e NIAAA permaneceu favorável e com indicação para a utilização do modelo SBIRT tanto pela sua fácil aplicabilidade, como também pelo baixo custo aos sistemas de saúde.<sup>17</sup>

No entanto, dificilmente os profissionais de saúde irão recomendar ou realizar qualquer tipo de intervenção caso não estejam treinados para a identificação dos adolescentes, capacitados para manejar casos positivos, para fazer as abordagens necessárias e encaminhar os casos de maior gravidade.<sup>4,12,16,67,85</sup> É necessária a formação e educação permanente em cada serviço, tanto do ponto de vista teórico, como também em questões práticas do cotidiano.<sup>62</sup> Reflexo local desta situação foi observado em levantamento realizado em prontuários dos adolescentes inseridos no CAPS-AD (antigo Centro de Referência em Dependência Química – CRDQ) do município de Paulínia no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2014, em que foi observado que apenas 4% dos encaminhamentos recebidos foram realizados pelas unidades de saúde do município. As principais fontes de encaminhamento foram a própria família (36%), Conselho Tutelar (34%), sistema judiciário (14%) e órgãos vinculados à promoção social (12%). Pode-se considerar que a identificação dos quadros na APS do referido município aparentemente estava sendo pouco efetiva.<sup>48</sup>

Muito embora os profissionais da APS estejam em posição favorável para prover informações científicas e aconselhamento sobre o uso de SPA para os pais e adolescentes considerados de risco,<sup>17</sup> isso é possível somente quando os profissionais sentem segurança para realizar a identificação, abordagem e aconselhamentos

necessários, além de possuírem conhecimento da rede de apoio de sua região de trabalho.

### **1.6- Capacitação de profissionais da Atenção Primária à Saúde para abordagem de uso de Substâncias Psicoativas em adolescentes**

Saúde mental e saúde física são inseparáveis. A prevenção, identificação e abordagem do uso de SPA e suas consequências para a saúde física e mental a curto, médio e longo prazo são igualmente indissociáveis. Jovens que crescem com boa saúde física são mais propensos a também possuírem boa saúde mental e vice-versa.<sup>24</sup>

As barreiras para viabilização da triagem de adolescentes para o uso de SPA podem envolver o tempo despendido para sua realização, crenças estereotipadas sobre quem é ou não susceptível de estar usando SPA, assim como sentimentos de pessimismo em relação aos benefícios do rastreio ou, até mesmo, da sua própria capacidade de ação.<sup>86</sup> Ou seja, atuar no campo preventivo envolve mudanças nas estruturas globais de funcionamentos dos serviços e, conseqüentemente, dos profissionais ali inseridos. Uma das possibilidades de aferição de mudanças a partir de treinamentos é a mensuração da atitude tendo como perspectiva seu conceito tridimensional, que abrange o conhecimento (elemento cognitivo), os sentimentos (elemento afetivo) e as tendências para ação ou comportamento (elemento conativo); possibilitando que através da atuação em um dos três fatores, por exemplo, da capacitação para determinado tema (conhecimento) decorra uma subsequente mudança de comportamento e/ou de sentimentos associados.<sup>87</sup> Outros modelos teóricos do conceito “atitude” acrescentam também o conceito de “crença” em seu constructo, definida como as informações que o indivíduo tem sobre o objeto da atitude. No entanto, ainda assim, os modelos confirmam a influência mútua dos fatores. Estudo de revisão acrescenta que as atitudes do treinando afetam o quanto ele transfere para o cotidiano a aquisição do conhecimento adquirido na capacitação.<sup>88</sup>

Outras dificuldades destacadas pelos pesquisadores para a execução de capacitações na saúde são: como envolver ativamente o gestor no processo de treinamento, a resistência por parte dos profissionais para a possibilidade de mudança das rotinas de atendimentos e as crenças negativas em relação ao usuário de SPA.<sup>89</sup>

Os modelos nacionais de capacitação breve da APS na área de álcool e drogas, de maneira geral, possuem como foco principal a formação de profissionais para realizar abordagens na população adulta, seja pela identificação através de instrumentos

específicos ou pelo manejo de caso a caso.<sup>89,90,91</sup>

Particularmente na área da abordagem do uso de drogas por adolescentes, observa-se uma escassez de instrumentos para este fim. Este cenário enseja a necessidade de ampliação de estratégias e ferramentas para a capacitação dos profissionais da APS na abordagem do uso de SPA, particularmente entre adolescentes.

A estruturação necessária para a viabilização deste processo no Brasil envolve a sensibilização dos gestores, organização de material, adequação logística e capacitação dos profissionais da atenção básica à saúde, através da familiarização com instrumento de triagem validado para a população adolescente brasileira que seja de simples aplicação, de fácil correção e que permita intervenções breves a partir das respostas coletadas.<sup>59</sup>

Uma possibilidade de instrumento de triagem é a versão brasileira do questionário CRAFFT (Car; Relax; Alone; Forget; Family/Friends; Trouble), denominado CESARE, acrônimo de Carro; Esqueceu; Sozinho; Amigos; Relaxar; Encrenca.<sup>50,59,99</sup> A versão brasileira do instrumento CRAFFT, manteve as particularidades da escala original, como o ponto de corte, especificidade e sensibilidade. Com a autorização do autor da escala foram introduzidos termos próprios do contexto brasileiro visando uma melhor adequação à realidade da população. A versão foi aplicada em mais de 2000 jovens estudantes e por manter as características do instrumento original, possibilitou que a versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE fosse incorporada como um equipamento de triagem viável para utilização no país.<sup>59</sup>

Por ser um instrumento recomendado internacionalmente para a abordagem e triagem de adolescentes em uso de SPA, o CRAFFT, nos últimos vinte anos, teve sua capacidade psicométrica avaliada em diversos contextos (serviços ambulatoriais e de emergência, APS, clínicas de doenças sexualmente transmissíveis, estudantes, ambulatorios especializados), diferentes culturas e países como, por exemplo, Alemanha, Argentina, Canadá, Colômbia, EUA, França, Noruega, Singapura, Suíça e Turquia, sendo sua validação e confiabilidade atestadas.<sup>50,92,93,94,95,96,97,98</sup> Ressalta-se que o CRAFFT é um questionário simples, versátil e com diversas possibilidades de aplicação.<sup>12,100</sup>

O questionário é composto de 3 perguntas de filtro sobre uso de álcool, maconha ou outras drogas (Parte A) e seis perguntas adicionais acerca de contexto e consequências relacionadas ao uso de SPA (Parte B). Cada resposta afirmativa na Parte B equivale a um ponto. O ponto de corte recomendado é a pontuação igual ou superior a

2 (duas ou mais respostas afirmativas), sendo esse escore associado à sensibilidade de 0,76 e especificidade de 0,94.<sup>12,50,99</sup> Trata-se de um questionário de fácil e breve aplicação<sup>11</sup>. Estudo recente confirmou a brevidade do instrumento em que os médicos dispenderam apenas 74 segundos em sua execução completa.<sup>67</sup>

O ponto de corte apresenta correlação com a acentuação da severidade do uso e correspondência com classificação diagnóstica. Cada aumento da pontuação corresponde a um aumento da probabilidade de transtornos por uso de SPA.<sup>50</sup> A versão para uso clínico contém um gráfico que relaciona o número de respostas positivas à probabilidade de o uso atual ser considerado abuso ou dependência. Ainda que o questionário positivo não estabeleça diagnóstico, essa propriedade discriminante do questionário, a depender do número total de respostas positivas, norteia o profissional na avaliação tanto da presença do uso como também da magnitude da gravidade do uso de SPA, possibilitando manejos que podem variar desde uma orientação para manutenção do comportamento sem risco, esclarecimentos, intervenção breve, orientação aos pais, encaminhamento para profissional habilitado ou tratamento<sup>15</sup>.

Acrescenta-se que as características do CRAFFT extrapolam a simples detecção de uso de SPA, sendo possível no decorrer da sua aplicação acessar a identificação das motivações, contextos de uso e exposição a situações consideradas de risco pelos adolescentes a partir das respostas a cada um de seus questionamentos.<sup>99</sup> Ou seja, cada uma das 6 questões presentes no instrumento CRAFFT são clinicamente relevantes e, quando aplicadas por um profissional, permitem a construção de um diálogo maior e mais aprofundado a cada resposta positiva ou negativa.<sup>53</sup>

A validação do questionário original foi realizada tendo como referencial os critérios diagnósticos do DSM-IV, ou seja, o uso abusivo e a dependência química.<sup>50</sup> No entanto, após a atualização do DSM-5 o denominado “Uso Abusivo” foi extinto e os “Transtornos por uso de substâncias psicoativas” (TUS) passaram a ser classificados com indicadores de gravidade (leve, moderada e grave a depender do número de critérios preenchidos), além de contar com os critérios de intoxicação, abstinência, transtorno induzido por uso de medicações/SPA e transtornos induzidos por SPA não especificados. Os critérios do DSM-5 para TUS, de maneira geral, são semelhantes aos do DSM-IV para abuso e dependência, exceto em dois aspectos: foi excluído do novo manual os problemas legais recorrentes associados ao uso de SPA e adicionado o critério de “craving” ou fissura.<sup>101</sup> Desse modo, as mudanças na nomenclatura foram principalmente no sentido do diagnóstico categorial para o dimensional.

Tais alterações também ocorreram na nova versão do Código Internacional de Doenças, o CID-11, no qual o conceito de “Uso Nocivo” também é extinto e o “Transtorno por Uso de Substância” é ampliado e passa a contemplar, além da já anteriormente existente “Dependência”, o “Episódio Único de Padrão Prejudicial de Uso” e o “Padrão Prejudicial de Uso”, sendo possível classificar em episódico, contínuo e sem especificação.<sup>102</sup>

Justamente por ser um dos instrumentos de triagem de uso de SPA mais utilizado na adolescência, o CRAFFT, foi alvo de recentes estudos devido à atualização do manual diagnóstico (DSM-5). Foi observado que apesar das alterações nos critérios diagnósticos do uso de substâncias, o instrumento manteve o ponto de corte e sua excelente capacidade psicométrica, não havendo nenhuma perda em suas características originais.<sup>61,103</sup>

Uma limitação do instrumento CRAFFT/CESARE é a ausência de questionamento acerca do uso de tabaco. Diante do fato de o tabaco ser uma das principais causas de mortalidade nos EUA, estudo recente utilizando o CRAFFT na APS optou por expandir o protocolo de questionamentos ao incluir itens referentes ao uso de tabaco nos últimos 12 meses através da utilização do instrumento “Hooked Nicotine Checklist” (HONC), validado para adolescentes acima de 12 anos.<sup>12,104</sup>

Uma constatação significativa é que mesmo quando os resultados da triagem indicam um uso problemático de SPA, muitos profissionais podem não reconhecer com precisão o problema e falhar ao não realizar uma intervenção adequada, indicando que a formação adequada é essencial para o atendimento completo e mais efetivo de adolescentes em uso de SPA.<sup>105</sup>

Estudo realizado na atenção primária a saúde de New England (EUA) avaliou a utilização da ferramenta CRAFFT e as recomendações fornecidas aos adolescentes a partir dos resultados obtidos. Previamente ao estudo os profissionais foram instruídos acerca do uso do instrumento, interpretação de resultados e possibilidades de recomendação. A percepção diagnóstica dos profissionais identificou apenas 4,8% (n=2034) dos pacientes, sendo que 14% dos pacientes pontuaram acima do ponto de corte da escala CRAFFT ( $\geq 2$ ), indicando uma maior gravidade do uso. Foi observado que os profissionais estavam mais inclinados a recomendar intervenções (notificar os pais, consultas de retorno, encaminhamento para tratamento) para os adolescentes em que acreditavam que existia uma maior severidade de uso, sendo que 95% dos adolescentes com uso problemático ou dependência receberam algum tipo de

recomendação. No entanto, aproximadamente 20% dos pacientes identificados pelos médicos como tendo problemas com SPA continuaram não recebendo recomendações ativas de intervenção.<sup>16</sup> Contrariando o senso comum de que o adolescente usuário de SPA não aceita e não quer receber intervenções, observou-se que nenhum adolescente com triagem positiva com sinais de gravidade recusou o encaminhamento para tratamento. Outro dado interessante foi que havia uma tendência a uma maior avaliação e triagem naqueles jovens que chegavam ao atendimento por uma questão clínica e não por uma consulta de rotina.<sup>16</sup>

Considerando a prevalência de uso e problemas associados ao consumo de SPA por adolescentes, as baixas taxas de identificação na fase inicial, e o papel da APS neste cenário, a proposta deste estudo foi realizar e avaliar uma capacitação sobre conceitos e formas de abordagem do uso de drogas lícitas e ilícitas nesta faixa etária, para profissionais que atuam neste contexto.



## **2- OBJETIVOS**

### **2.1- Objetivo Geral**

Capacitar os profissionais de saúde da Atenção Primária da cidade de Paulínia/SP que atendem adolescentes para abordar o consumo de substâncias psicoativas.

### **2.2- Objetivos Específicos**

2.2.1- Produzir material didático para a realização da capacitação.

2.2.2- Apresentar aos médicos (pediatras, ginecologistas e clínicos gerais), aos assistentes sociais e aos profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde o panorama atual de uso de SPA pelos adolescentes brasileiros.

2.2.3- Demonstrar a utilização de instrumento de triagem denominado CRAFFT/CESARE.

2.2.4- Descrever intervenções a serem realizadas a partir das respostas afirmativas e/ou negativas do instrumento CRAFFT/CESARE.

2.2.5- Estimular os encaminhamentos para serviços disponíveis na rede para tratamento especializado de uso de SPA por adolescentes nos casos de maior gravidade.

2.2.6- Realizar uma avaliação dos conhecimentos previamente a capacitação e posteriormente a ela.

2.2.7- Avaliar se as variáveis profissão, gênero, tempo de formado e tipo de local de trabalho interferem no conhecimento prévio e aquisição de informações pelos profissionais capacitados.

2.2.8- Identificar as dificuldades apontadas pelos profissionais participantes.

2.2.9- Avaliar a intenção dos profissionais em modificar sua prática clínica após a capacitação.

### **3- SUJEITOS E MÉTODOS**

#### **3.1-Tipo de Estudo**

Estudo de intervenção, descritivo, quantitativo e prospectivo, que avaliou o processo e os resultados da capacitação dos profissionais de saúde que atendem adolescentes no município de Paulínia/SP, a saber, médicos (pediatras, ginecologistas e clínicos gerais), assistentes sociais e enfermeiros, para abordar o uso de SPA, realizar intervenções e encaminhamentos a partir da aplicação da versão brasileira da escala CRAFFT.

#### **3.2- Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa**

Os profissionais tinham a opção de se recusar a participar do estudo antes ou durante a capacitação, em qualquer momento em que desejassem, sem qualquer prejuízo laboral ou de outra natureza relacionado à recusa.

#### **3.3- Sujeitos**

Os sujeitos foram todos os profissionais que atendiam adolescentes na Atenção Primária à Saúde do município de Paulínia/SP nos anos de 2015 e 2016. O número de sujeitos foi fornecido pelo setor de Educação Permanente da cidade de Paulínia/SP. Foram então convidados a participar do estudo todos os 83 médicos (pediatras, ginecologistas e clínicos gerais), 4 assistentes sociais e 39 enfermeiros, totalizando 126 profissionais.

Critérios de inclusão:

- Atuar como médico (pediatra, ginecologista ou clínico geral), assistente social ou profissional de enfermagem;
- De ambos os sexos;
- Estar trabalhando regularmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Paulínia;
- Realizar atendimento de adolescentes;
- Ter lido, concordado e assinado os termos do TCLE (Anexo 1).

O TCLE foi entregue a todos os participantes; uma cópia ficou com o profissional e a cópia assinada foi devolvida e depositada em envelope separado para impossibilitar a identificação do termo. O mesmo ocorreu para os questionários de Pré e Pós Teste.

### **3.4- Local da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada com os profissionais de todas as Unidades Básicas de Saúde de Paulínia (UBS Planalto, UBS São José, UBS Centro, UBS Monte Alegre, UBS Cooperlotes, UBS Parque da Represa, UBS Amélia, UBS Betel, UBS João Aranha). Em 2015, as capacitações ocorreram na Sala de Imprensa da Prefeitura Municipal de Paulínia e no Plenarinho da Câmara de Vereadores de Paulínia. Em 2016, o treinamento foi realizado nas UBS de referência do município (UBS Centro, UBS Planalto, UBS São José e UBS Monte Alegre).

A rede de atenção primária a saúde de Paulínia é composta por 9 UBS. Em 2015 e 2016 cada UBS possuía em seu equipamento os seguintes profissionais: médicos (clínicos gerais, pediatras, ginecologistas/obstetras) e profissionais de enfermagem. As UBS de referência do município, a saber: UBS Centro, UBS Planalto, UBS São José e UBS Monte Alegre, possuíam, além dos profissionais anteriormente citados, assistentes sociais que atendiam às demandas das suas unidades e, também, às das UBS referenciadas. Até o momento, a rede de atenção do município não possui a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e seus desdobramentos, como, por exemplo, os Agentes Comunitários de Saúde. Desse modo, existe uma perda considerável na capilaridade e integração da rede de saúde.

Os equipamentos municipais de saúde disponíveis para atendimento dos adolescentes de Paulínia são: UBS, Hospital Municipal de Paulínia (HMP), Saúde Mental Infantil (SMI) e CAPS-AD (antigo CRDQ), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Departamento Odontológico (DEROD) e Centro de Terapia e Reabilitação (CETREIM).

### **3.5- Instrumentos**

#### **3.5.1- Construção do material utilizado na capacitação:**

O material para a capacitação foi elaborado a partir de conteúdo presente em cursos brasileiros destinados a formação de recursos humanos em dependência química, a saber: o Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção social e Acompanhamento (SUPERA) e o Curso de Especialização em Dependência Química da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD).<sup>106,107</sup>

O conteúdo desta capacitação contemplou alguns tópicos utilizados nos cursos de especialização acima, destacando os itens pertinentes ao objetivo da capacitação, a

saber, conceituação de adolescência, desenvolvimento cerebral nesta fase, epidemiologia do uso de SPA no mundo e entre adolescentes brasileiros, padrões de frequência de uso utilizados nos estudos epidemiológicos (na vida, no ano, no mês, frequente e pesado), importância da identificação do quadro em sua fase inicial, prevenção do uso de SPA na adolescência, fatores de risco e de proteção para o uso de SPA, prevenção do uso de SPA por adolescentes no ambiente da saúde, recomendações para prevenção no ambiente da saúde, apresentação de possibilidades de instrumentos de triagem de uso de SPA específicos para adolescentes, identificação do uso de SPA com o auxílio de instrumentos de triagem, utilização do instrumento CRAFFT/CESARE, classificação de risco, intervenções a partir das respostas do CRAFFT/CESARE, utilização do fluxograma SBIRT, realização de procedimentos de IB, intervenções no tabagismo e realização de encaminhamentos pertinentes dentro da rede de APS do município.

O material pedagógico de apoio foi composto de apresentação multimídia (Anexo 2) e apostila (Anexo 3).

### **3.5.2- Instrumentos apresentados na capacitação:**

**3.5.2.1- Versão brasileira do questionário CRAFFT** (Car; Relax; Alone; Forget; Family/Friends; Trouble), denominado CESARE (Anexo 4), acrônimo de Carro; Esqueceu; Sozinho; Amigos; Relaxar; Encrenca.<sup>59</sup> O instrumento é composto de três perguntas de filtro sobre uso de bebidas alcoólicas, maconha ou outras drogas (Parte A) e seis perguntas adicionais acerca de contexto e consequências relacionadas ao uso de SPA (Parte B), todas com respostas tipo sim ou não. Cada resposta afirmativa na Parte B equivale a um ponto. O ponto de corte recomendado é a pontuação igual ou superior a 2 (duas ou mais respostas afirmativas), sendo este escore associado a sensibilidade de 0,76 e especificidade de 0,94.<sup>50,99</sup>

**3.5.2.2- Fluxograma SBIRT para adolescente** (SBIRT-A: Screening for substance use, Brief Intervention, and/or Referral to Treatment for Adolescents) (Anexo 5), recomendado pelo Substance Abuse and Mental Health Services Administration<sup>63</sup> e pela Academia Americana de Pediatria,<sup>15</sup> traduzido pela pesquisadora (Anexo 6). Consiste em orientações aos profissionais de como proceder a partir das respostas fornecidas pelos adolescentes durante a utilização do instrumento CRAFFT/CESARE. O fluxograma tem início com as perguntas filtros do CRAFFT/CESARE e as respostas a estas perguntas sugerem qual a conduta a ser tomada.

### 3.5.3- Instrumentos de avaliação do conhecimento:

**Questionários Avaliativos (Pré Teste e Pós Teste)** (Anexo 7): Foram compostos por informações sociodemográficas (sexo, idade, profissão e tempo de formado) e por perguntas fechadas e abertas construídas a partir de informações consideradas básicas para a abordagem preventiva neste contexto. As perguntas objetivas de múltipla escolha, compostas de 2 a 4 alternativas, versavam sobre dados epidemiológicos atuais sobre o uso de SPA por adolescentes brasileiros, fatores de risco para uso de SPA por essa população específica, conceitos básicos de entrevista motivacional e sobre práticas clínicas (frequência da realização dos questionamentos, percepção de sucesso nas abordagens, conhecimento de instrumentos de triagem, local de tratamento para adolescentes em uso de SPA e utilização de critérios de gravidade). As perguntas abertas exploravam os critérios para abordar o tema nos atendimentos com adolescentes, questionamentos realizados, experiência em motivação e percepção da existência de fatores que dificultam a abordagem no cotidiano.

A análise das respostas teve por base referências de literatura acerca dos dados considerados relevantes para abordagem do uso de drogas por adolescentes no contexto da APS. As repostas foram denominadas *Acertos* quando em consonância com a literatura. Foram então avaliadas a taxa de *Acertos* prévios (Pré Teste – PrT) e posteriores à capacitação (Pós Teste – PoT).

### 3.6- Procedimentos:

#### **Fase 1:**

Realizado contato com a assessora técnica da Saúde Mental do município de Paulínia para explicação do projeto e agendamento de reunião com a Diretora do Departamento de Saúde Mental. Inicialmente, o projeto foi apresentado na reunião do Núcleo de Saúde Mental do município de Paulínia e posteriormente foi realizada a reunião com a Diretora do Departamento de Pediatria de Paulínia para apresentação do projeto, elucidação dos objetivos da pesquisa e solicitação da capacitação dos profissionais que atendiam adolescentes. A Diretora do Departamento de Pediatria, em conjunto com a Diretora de Saúde Mental e a pesquisadora, avaliaram que em função da faixa etária alvo (adolescentes), os profissionais envolvidos na linha de cuidado dentro das UBS do município de Paulínia eram os médicos pediatras, ginecologistas, clínicos gerais (que atendem adolescentes a partir de 16 anos), assistentes sociais e enfermeiros. Em função disto, todos os profissionais acima citados foram incluídos no convite à

capacitação, totalizando 126. A pedido da Secretária de Saúde foram também convidados 20 profissionais atuantes na Saúde Mental Infantil (SMI), Ambulatório de Saúde Mental Adulto (SMA), CRDQ (atualmente CAPS-AD) e CAPS-I, a saber psicólogos, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogos, guarda municipal, assistente administrativo, farmacêutico, dentista e assistente social.

### **Fase 2:**

Após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município de Paulínia para a realização da capacitação, foi realizado contato com as UBS apresentando o conteúdo do projeto, informando os objetivos da pesquisa e solicitando a liberação para capacitação dos médicos (pediatras, ginecologistas e clínicos gerais), assistentes sociais e enfermeiros. Nesse momento foi entregue a Carta Convite (Anexo 8), a apostila e os instrumentos que seriam utilizados no treinamento.

### **Fase 3:**

O agendamento da capacitação em todas as UBS foi realizado pela Educação Permanente (EP) da Secretaria de Saúde de Paulínia. A EP é um órgão que foi criado formalmente em 2012 e é responsável pelos protocolos, atualizações e treinamentos de caráter pedagógico dentro do setor Saúde.

A primeira fase dos treinamentos realizados pela autora (BAAXP) foi feito nas seguintes datas e locais: 05 de maio de 2015 (período da manhã, na Sala de Imprensa da Prefeitura Municipal de Paulínia), 06 de maio de 2015 (período da tarde, na Sala de Imprensa da Prefeitura Municipal de Paulínia), 13 de maio de 2015 (período da manhã, no Plenarinho da Câmara Municipal de Paulínia) e 15 de maio de 2015 (período da tarde, na Sala de Imprensa da Prefeitura Municipal de Paulínia).

Em todos os dias de capacitação os participantes, ao chegarem ao local, eram recepcionados por duas voluntárias treinadas. O profissional assinava a lista de presença onde constava seu nome completo, local de trabalho, função exercida e endereço eletrônico (e-mail). Em seguida era explicado a cada um deles, de maneira breve, os objetivos da pesquisa. Eram oferecidas as duas vias do TCLE, orientada a sua leitura e havendo concordância com a participação, o Termo era assinado, sendo uma via para o profissional e a outra via do pesquisador, a qual era guardada pelos voluntários em envelope pardo, separado dos questionários. Após a recepção inicial, foi fornecido para todos os participantes que aceitavam participar da pesquisa, o instrumento de avaliação de conhecimento prévio denominado “Pré Teste”, que foi respondido antes do início das

aulas.

Após o término do treinamento era entregue a cada um dos profissionais a avaliação de conteúdo apreendido denominada “Pós Teste” que era preenchida e devolvida ao pesquisador.

Ao final de cada treinamento a pesquisadora orientou aos profissionais que as escalas que os mesmos viessem a aplicar em seus atendimentos com adolescentes poderiam ser enviadas via malote ao pesquisador para a realização de um mapeamento dos adolescentes que passavam em cada UBS.

#### **Fase 4:**

Diante de algumas ausências no treinamento fez-se necessário um novo momento de capacitação em 2016. Com o objetivo de otimizar a capacitação, tendo como base a experiência obtida na Fase 3, foram feitas algumas adaptações visando facilitar a logística de remanejamento dos agendamentos de cada profissional na UBS e o deslocamento das equipes. Optou-se pela capacitação em grupos menores dentro das quatro UBS de referência do município (UBS Centro, Planalto, Monte Alegre e São José), sendo, então, convidadas as UBS consideradas menores para a capacitação dentro das referidas unidades. Foram disponibilizadas 8 datas alternando em período matutino e vespertino, contemplando dias da semana que não foram disponibilizados para a capacitação anterior, objetivando uma maior abrangência dos profissionais de acordo com o cronograma abaixo:

<b>Terças-feiras - Período da manhã - 10:00 às 12:00</b>		
<b>Data</b>	<b>Local</b>	<b>UBS participantes</b>
<b>07/06/16</b>	UBS Centro	Centro Betel
<b>14/06/16</b>	UBS Planalto	Planalto Amélia
<b>28/06/16</b>	UBS São José	São José João Aranha
<b>05/07/16</b>	UBS Monte Alegre II	Monte Alegre II Cooperlotes Parque da Represa

<b>Quartas-feiras - Período da tarde - 13:00 às 15:00</b>		
<b>Data</b>	<b>Local</b>	<b>UBS participantes</b>
<b>08/06/16</b>	UBS Planalto	Planalto Amélia
<b>15/06/16</b>	UBS Centro	Centro Betel
<b>29/06/16</b>	UBS Monte Alegre II	Monte Alegre II Cooperlotes Parque da Represa
<b>06/07/16</b>	UBS São José	São José João Aranha

A pesquisadora e a coordenadora do CAPS-AD foram pessoalmente em cada uma das UBS de referência (Planalto, Centro, Monte Alegre e São José) para formalizar o convite à coordenação de cada setor e entregar o material referente ao treinamento. No caso das demais UBS tal material foi enviado por malote e foi realizado contato telefônico para sensibilização a respeito do projeto. A EP enviou a cada coordenador das UBS duas listas, a primeira com os nomes dos profissionais que já haviam participado da capacitação em 2015 e a segunda lista com os nomes dos profissionais que deveriam participar do treinamento em 2016, sendo explicitado que nenhum profissional capacitado anteriormente seria incluído no estudo.

#### **Fase 5:**

A segunda fase da capacitação ocorreu conforme o cronograma acima exposto. Em todos os dias de treinamento, participantes eram recepcionados pela pesquisadora e por uma voluntária treinada. Assim como em 2015, cada participante assinava a lista de presença, era informado sobre os objetivos da pesquisa e recebia duas vias do TCLE. Antes do início das aulas os profissionais respondiam à avaliação de conhecimento prévio denominado “Pré Teste” e logo após o término do treinamento era entregue a cada um deles a avaliação denominada “Pós Teste” que era preenchida e devolvida ao pesquisador. Ao final de cada treinamento a pesquisadora abriu a possibilidade de envio das escalas preenchidas para que se fizesse um mapeamento dos adolescentes de cada UBS.

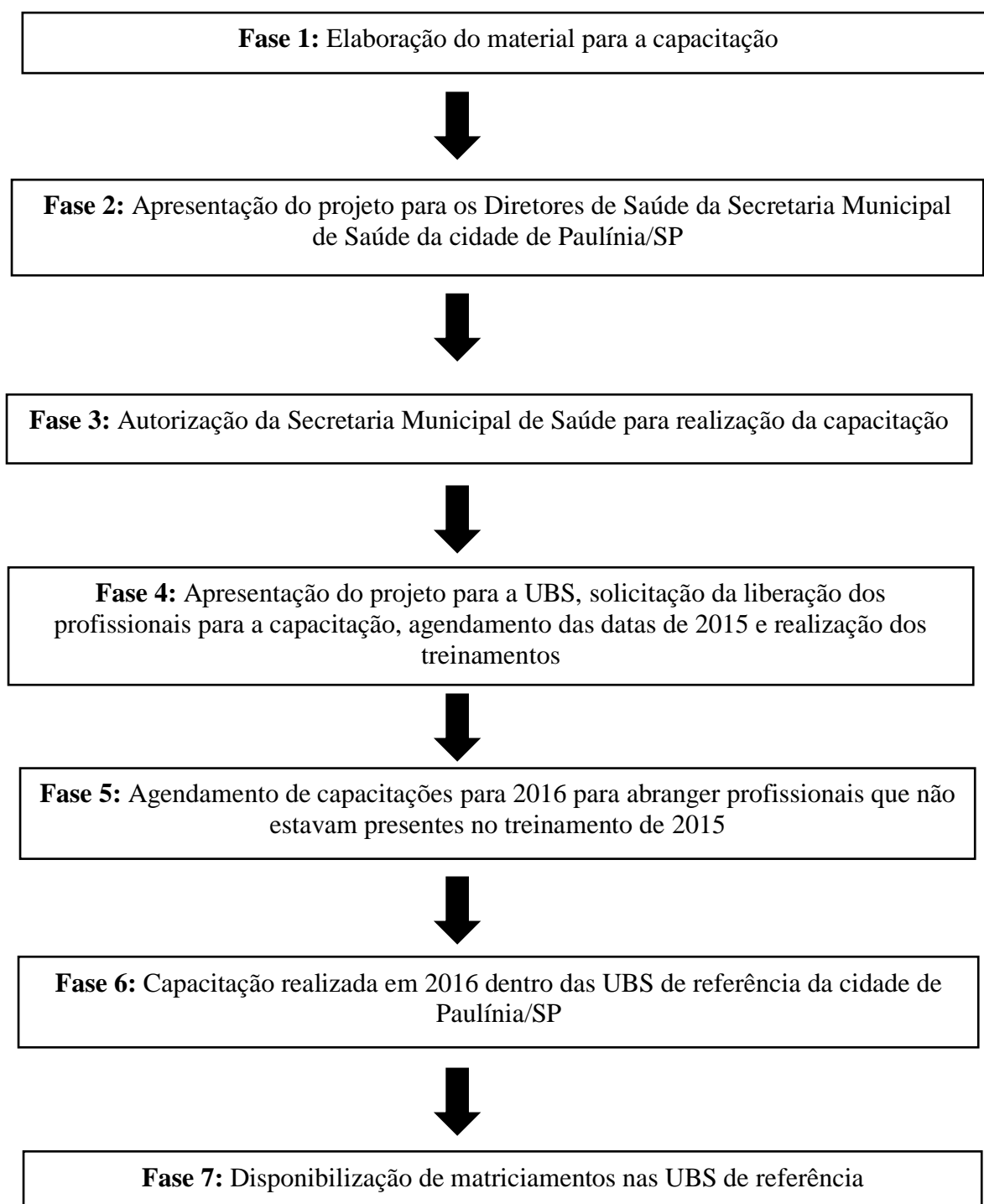
#### **Fase 6:**

Após a capacitação foi disponibilizado a cada UBS encontros mensais com duas horas de duração para discussão de eventuais dificuldades surgidas e para dar continuidade ao processo de treinamento através de matriciamentos. O apoio matricial



ou matriciamento é uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que utiliza saberes e práticas de equipes especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente do local responsável pelos seus cuidados diretos. Essa lógica atua nas dimensões clínicas e técnico-pedagógicas havendo uma sinergia ao conceito de educação permanente.<sup>108</sup>

### **Fluxograma das fases do projeto**



### **3.7-Análise dos dados**

Os dados obtidos a partir dos questionários foram inseridos em um banco de dados utilizando o programa “Excel – Microsoft Office for Windows”. Foi realizada análise exploratória de dados através de medidas resumo (média, desvio padrão, mediana, máximo, frequência e porcentagem). Para a análise das respostas às perguntas abertas foram feitas leituras independentes por dois avaliadores (a autora deste projeto BAAXP e a orientadora do projeto RCSA), com experiência em dependência química, que agruparam as respostas em categorias a fim de permitir a comparação entre Pré e Pós Teste. Para a análise das respostas fechadas e sua comparação no Pré e Pós Testes foi utilizado o teste de McNemar. A relação profissão, gênero e local de trabalho com o conhecimento foi avaliada através do Qui-quadrado ou exato de Fisher e do conhecimento com a idade e tempo de formado através do teste Mann-Withney. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0.05$ ).

### **3.8-Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP (Anexo 9) em 13 de março de 2015 sob número CAAE 41227514.6.0000.5404. Todas as UBS do município receberam uma Carta Convite destinada a todos os profissionais da rede pública de atenção básica à saúde de Paulínia envolvidos no atendimento de adolescentes. Foi entregue o TCLE aos médicos (pediatras, ginecologistas e clínicos gerais), assistentes sociais e enfermeiros, sendo explicitado que a recusa em participar não traria nenhuma consequência a eles. Apenas os profissionais que concordaram integralmente com os termos do TCLE foram incluídos na pesquisa.

## 4- RESULTADOS

### 4.1- Artigo 1: Aceito para publicação: Revista de Saúde Pública

Revista de Saúde Pública



#### **Desafio na vida real: capacitação sobre uso de drogas e adolescência na Atenção Básica**

Journal:	<i>Revista de Saúde Pública</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Short Communication
Keyword – Go to <a href="http://decs.bvs.br/" target=" blank">DeCS</a> to find your keywords.:	adolescente, prevenção primária, triagem, maconha, álcool

SCHOLARONE<sup>™</sup>  
Manuscripts

## INTRODUÇÃO

A adolescência é a fase de maior vulnerabilidade para início do uso de substâncias psicoativas (SPA). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar realizada em 2015, apontaram que as taxas de uso de tabaco, bebidas alcoólicas e SPA ilícitas até 15 anos de idade foram 19%, 53% e 9%, respectivamente<sup>1</sup>.

A complexidade dos fatores envolvidos no uso de drogas nesta faixa etária torna difícil distinguir os adolescentes que manterão o uso, com chance de exposição a riscos e evolução para dependência. A precocidade da identificação e manejo podem reduzir as consequências deletérias e entre os principais atores para o estabelecimento destas ações destacam-se os profissionais da Atenção Básica (AB). A sensibilização dos gestores, motivação e capacitação das equipes da AB, podem contribuir para modificação deste cenário, incorporando na rotina de atendimento ferramentas de triagem, intervenção breve e encaminhamento, se necessário. Os principais obstáculos para esta inserção são ausência de treinamento, pouco tempo de consulta, dificuldade em conduzir os casos positivos e pessimismo quanto aos benefícios do rastreio<sup>2</sup>.

A proposta deste estudo foi descrever o processo de capacitação de profissionais da AB para identificação e manejo de adolescentes em uso de SPA, obstáculos para sua realização e dificuldades apontadas pelos profissionais antes e após a capacitação.

## MÉTODO

Estudo descritivo, que elaborou material e realizou capacitação de profissionais da AB sobre abordagem do uso de SPA por adolescentes. Foram incluídos todos os profissionais envolvidos na linha de cuidado de adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Paulínia/SP. Após contato com a Secretaria Municipal, que autorizou a participação na capacitação, visitaram-se as UBS para apresentação da proposta aos coordenadores e equipes. Foi sugerida capacitação de 3 horas, com grupos de 20 participantes, em local de fácil acesso.

Em cada encontro, houve coleta anônima de dados sociodemográficos e questão aberta sobre dificuldades para abordar o uso de drogas por adolescentes na AB, aplicada antes e após a capacitação.

Foi realizada análise exploratória através de medidas resumo das questões fechadas e leitura independentemente pelos pesquisadores, com agrupamento das dificuldades referidas pelos profissionais na questão aberta, respondida antes e após a capacitação.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP sob número CAAE 41227514.6.0000.5404.

## RESULTADOS

O conteúdo do treinamento contemplou: particularidades físicas e psíquicas da adolescência, desenvolvimento cerebral, dados epidemiológicos nacionais e internacionais sobre o uso entre adolescentes, padrões de consumo, importância da identificação na fase inicial, fatores de risco e proteção, prevenção no ambiente de saúde, versão em português<sup>3</sup> do instrumento CRAFFT (acrônimo de Car; Relax; Alone; Forget; Family/Friends; Trouble) para rastreamento e avaliação de gravidade. Apresentou-se também o fluxograma SBIRT<sup>2</sup> (Rastreamento, Intervenção Breve e Encaminhamento para Tratamento, em tradução da 1ª autora) e orientações para encaminhamentos dentro da rede do município, quando necessário.

Visando atividade interativa, foi produzido material digital com os temas definidos e apostila impressa disponibilizada para cada participante, com conteúdo mais detalhado e espaço para complemento de informações e esclarecimento das dúvidas debatidas.

Embora a capacitação tenha sido organizada a partir da viabilidade explicitada pelos gestores, foram necessários dois ciclos de capacitações, em função de férias, licenças e dificuldade de deslocamento para o curso. Diante disto, houve 8 datas adicionais, em período matutino e vespertino, contemplando dias da semana não disponibilizados na capacitação anterior, em grupos menores, nas UBS.

Dos 126 profissionais da AB que atendiam adolescentes, 82 participaram do

1  
2  
3 treinamento. Destes, 59 eram médicos, 21 enfermeiros e 2 assistentes sociais,  
4 correspondendo a 71%, 54% e 50% dos profissionais de cada categoria,  
5 respectivamente, atuantes em 2016.

6  
7 A idade média dos participantes foi 43,9 anos e o tempo médio de formado 19  
8 anos, com maioria do gênero feminino (77%).  
9

10  
11 No levantamento previamente a capacitação, 64% informaram dificuldades em  
12 abordar o uso de SPA nos adolescentes e 10% acreditavam ter sucesso  
13 quando a realizavam.  
14  
15

16  
17  
18  
19  
20 INSERIR AQUI TABELA 1

## 21 DISCUSSÃO

22 As estratégias de prevenção ao uso de SPA entre os adolescentes, ainda que  
23 preconizadas por órgãos de referência, permanecem pouco estruturadas na  
24 AB<sup>4</sup>, tornando relevante a publicização de organização de capacitação sobre o  
25 tema.  
26

27 Priorizou-se a disponibilização de informações e ferramentas para que os  
28 profissionais se sentissem motivados e confiantes sobre a importância de seu  
29 papel na abordagem do uso de SPA lícitas e ilícitas nos atendimentos.  
30 Objetivou-se estimulá-los a inserir o tema no cotidiano de assistência e  
31 capacitá-los para realizar triagens e intervenções a partir da gravidade da cada  
32 situação<sup>2</sup>.  
33

34 Houve participação expressiva dos profissionais da AB deste município. Para  
35 isto, foram feitas adequações na logística do treinamento diante das  
36 dificuldades apontadas pelos gestores. Sugerimos que capacitações futuras  
37 privilegiem a participação dos gestores na elaboração e execução do  
38 treinamento e flexibilizem sua estrutura às necessidades do contexto em que  
39 será aplicado.  
40

41 O predomínio de profissionais do sexo feminino é consonante com estudos na  
42 AB. A média de idade e de tempo de formado, foi superior a outros estudos<sup>5</sup>,  
43 possivelmente pelo plano de carreira deste município, que favorece a  
44 permanência de profissionais.  
45

46 Falta de treinamento e confidencialidade foram destacadas como dificuldades  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60



pelos profissionais. Embora a recomendação dos atendimentos com adolescente envolva um momento a sós com o profissional de saúde, percebe-se que esta prática necessita ser reforçada e reassegurada no treinamento de equipes da AB. Especialmente em relação ao uso de SPA, a abordagem é melhor executada sem a presença do responsável. Os pais e os adolescentes devem ser informados sobre a confidencialidade do atendimento, incluindo os limites para manutenção ou quebra do sigilo<sup>2</sup>. Sugere-se que este tópico seja particularmente valorizado.

Os profissionais referiram dificuldades pessoais como fator limitante de sua atuação no tema. Sabe-se que as crenças dos profissionais sobre uso de SPA interferem na capacidade de intervenção, gerando maior ou menor resistência por parte do profissional. Indica-se que treinamentos privilegiem a desmistificação de concepções que não estejam sustentadas pela compreensão científica atual sobre o tema e explorem diferentes dimensões sobre valores e atitudes<sup>4,5</sup>.

Os participantes apontaram falta de tempo e volume de atendimento como obstáculos para abordagem dos adolescentes neste contexto. Dificuldade destacada antes e após a capacitação, apesar do instrumento e abordagem apresentados serem breves. Sugere-se que estratégias como a aplicação do instrumento de triagem previamente aos atendimentos ou sua auto aplicação, otimizariam o tempo do profissional com cada adolescente<sup>2</sup>. Ressalta-se a importância de todos os profissionais na linha de cuidado do adolescente, diluindo as responsabilidades e valorizando diferentes saberes.

A baixa frequência de comparecimento e a postura do adolescente foram apontadas como fatores que dificultam a abordagem. Todavia, a literatura aponta que os adolescentes em uso de SPA procuram com maior frequência os atendimentos na AB, e 81% tiveram ao menos um atendimento na AB no ano anterior ao tratamento<sup>4</sup>. Diversas razões que motivam a entrada no serviço podem proporcionar uma porta para o acesso e discussão do uso de SPA<sup>2</sup>. Acrescenta-se que a AB oferece acesso rápido e menos estigmatizante nas intervenções em adolescentes do que os serviços formais de tratamento de uso de SPA.

As dificuldades sobre abordagem propriamente dita, devem ser tópicos centrais

nas capacitações, particularmente o acesso a instrumentos de triagem de fácil aplicação, com boa correlação com a clínica e embasamento do profissional para orientar sobre riscos relacionados ao uso de SPA nesta faixa etária, de forma empática e compreensiva, em contraposição a estratégias de confronto<sup>2</sup>.

Alguns profissionais não se mostraram motivados a abordar o tema antes e após a capacitação. Embora a incorporação da abordagem do uso de SPA na AB devesse ser realizada por todos os profissionais, as equipes podem identificar pessoas com maior interesse para a sua realização, respeitando diferenças individuais<sup>5</sup>.

Após a capacitação, houve aumento na auto percepção de preparo para abordar o tema, em acordo com a literatura, que destaca que o treinamento exerce papel essencial na motivação e preparo dos profissionais para realizar questionamentos e intervenções neste tema<sup>4</sup>. Todavia, algumas dificuldades permaneceram após a capacitação, embora menos frequentes. Surgiram novos obstáculos, tais como incorporação da abordagem à rotina, preocupação com o seguimento e ambiente familiar. Consideramos que estas colocações indicam reflexão sobre o tema e inquietações salutares no processo de aprendizado.

Destaca-se o caráter subjetivo no agrupamento das respostas sobre as dificuldades elencadas e, embora garantido o anonimato, a possibilidade de inibição nas informações sobre dificuldades após a capacitação, o que representa limitação na interpretação dos dados.

Portanto, embora haja indicativos do inestimável valor dos profissionais da AB no tema, é necessário disponibilizar-lhes ferramentas para que executem seu papel e contribuam para modificação do atual cenário. A disponibilização do processo de capacitação, incluindo seu preparo e dificuldades na vida real, permitem a discussão franca sobre suas potencialidades, limites e ajustes frente a diversidade de contextos em que estão inseridos os profissionais da AB e os adolescentes, foco principal desta proposta.

### Referências

1. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE): 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2016.132 p.Convênio: Ministério da Saúde, com apoio do Ministério da Educação. ISBN 978-85-240-4387-1



2. Harris SK, Louis-Jacques J, Knight JR. Screening and brief intervention for alcohol and other abuse. *Adolesc Med State Art Rev.* 2014 Apr;25(1):126-56.
3. Pereira, BAAX, Schram PFC, Azevedo RCS. Evaluation of the Brazilian version of the CRAFFT/CESARE scale for screening drug use by adolescents. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21(1):91-99. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.05192015>.
4. Sterling S, Valkanoff T, Hinman A, Weisner C. Integrating Substance Use Treatment Into Adolescent Health Care. *Curr Psychiatry Rep.* 2012b Oct; 14(5): 453–461. DOI: 10.1007/s11920-012-0304-9
5. Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 43, supl. 1, p. 51-61, Aug. 2009. doi/10.1590/S0034-89102009000800009.

**Tabela 1. Dificuldades apontadas antes e após capacitação sobre abordagem do uso SPA por adolescentes na AB**

<b>Pré capacitação</b>	<b>(%)</b>
Confidencialidade e presença dos pais no atendimento	24,4
Postura não cooperativa do adolescente no atendimento	20,7
Despreparo para abordar o tema	20,7
Ausência de local adequado para realizar a abordagem	20,7
Pouco tempo de atendimento e grande volume de agendamentos	18,3
Não saber que argumentos usar para motivar o adolescente	13,4
Baixa frequência dos adolescentes na Unidade de saúde	12,2
Não saber como realizar o tratamento e seguimento após abordagem e identificação	10,9
Não tenho o hábito de perguntar	9,7
Não gosto deste assunto	9,7
Atendimentos a parentes de funcionários da UBS dificultam o sigilo das informações	9,7
Não saber quando e para onde encaminhar	9,7
<b>Pós capacitação</b>	
Falta de experiência para abordar o tema	30,5
Falta de tempo na consulta	24,4
Nenhuma ("Esclareci minhas dúvidas", "Me sinto mais seguro")	19,5
Dificuldade em vincular o adolescente a UBS	14,6
Presença dos pais no atendimento	14,6
Incorporar ao cotidiano da consulta/atendimentos de rotina	14,6
Postura não cooperativa do adolescente no atendimento	13,4
Lidar com o ambiente familiar com negligência	13,4
Ausência de local adequado para realizar a abordagem	12,2
Falta de identificação com o assunto	12,2
Volume de atendimentos	12,2
Falta de uniformidade nas condutas da equipe de trabalho	2,4

## 4.2- Artigo 2

\*Manuscript

[Click here to download Manuscript: BRUNA\\_AAXP\\_28setembro.pdf](#)

[Click here to view linked References](#)

<sup>1</sup>Title: Acquisition of information by primary health care professionals after training on the approach to adolescent drug use in Brazil

**Corresponding author:** Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira

Psychiatrist of childhood and adolescence, master's degree and PhD from the Graduate Program in Medical Sciences of the Medical School (Faculdade de Ciências Médicas [FCM]) of the State University of Campinas (UNICAMP).

[bruna.aax.p@gmail.com](mailto:bruna.aax.p@gmail.com)

Rua Dona Rosa de Gusmão 412, Campinas-SP – Brazil

+55 (19) 98131-2009

Renata Cruz Soares de Azevedo

Psychiatrist, Professor, Doctor at the Department of Medical Psychology and Psychiatry, FCM/UNICAMP.

[reazeved@fcm.unicamp.br](mailto:reazeved@fcm.unicamp.br)

---

<sup>1</sup> Abbreviations: Primary Health Care, PHC; Psychoactive Substance, PAS; Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble, CRAFFT; Brief Intervention, BI; pre-test, PrT; post-test, PoT

**Highlights (for review)****Highlights:**

- While primary health care is a main venue for preventing adolescent PAS use, professionals rarely intervene if not trained on screening and handling positive cases.
- Before training, less than 1/3 of professionals asked about alcohol or drug use.
- Post-training, more information confronted myths about drug use by adolescents.
- Knowledge on tracking, approach, and referral in local networks was acquired.
- Sex, work, age, and experience did not interfere with knowledge acquisition.

**Abstract:**

Primary health care stands out as a main venue for actions in the field of psychoactive substance use prevention for adolescents. Trained teams can initially identify their use, impede the progression, and longitudinally monitor affected adolescents. The present study compared information on the drug use approach by adolescents before and after the training of 139 professionals from a Brazilian municipality in 2016. They participated in 3-hour training sessions focusing on the use of CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble), Adolescent SBIRT (Screening for substance use, Brief Intervention, and/or Referral to Treatment) algorithm, and Brief Intervention techniques. Seventy percent of all primary health care professionals providing care to adolescents were trained. Seventy-seven percent of the participants were female with a mean age of 43.9 years and an average of 19 years of experience. After the training, there was a statistically significant increase in the response rate, as already demonstrated in the literature, particularly regarding the severity criteria, screening instruments, and local healthcare network. The profession, years of experience, and sex of the professional had a small impact on the previous knowledge and acquisition of information. The conducted training indicated learning in objective-operational aspects that can assist in the execution of screening, intervention, and referrals with improved qualification within the local healthcare network, increasing the potential of primary health care professionals to approach drug use by adolescents.

**Keywords:** adolescence, primary prevention, triage, screening, alcohol, substance-related disorders.

## Introduction

The use of psychoactive substances (PAS) during adolescence has become a serious global public health concern despite the socioeconomic and cultural disparities among countries (World Health Organization [WHO], 2018). The United Nations Office on Drugs and Crime indicated that consumption of illegal PAS is expected to rise in developing nations, particularly among the younger population, causing a greater burden on countries less equipped to handle this problem (United Nations Office on Drugs and Crime, 2013). In contrast with international data, which indicate a reduction in the annual prevalence of illicit PAS consumption among students in the last two decades in Brazil, there was an increase in the use of marijuana and cocaine for the year in addition to higher rates of binge drinking among girls (Johnston et al., 2017; Madruga et al., 2012; Laranjeira et al., 2012).

To address the problems related to adolescent drug use, international health organizations (Sociedade Brasileira de Pediatria [SBP], 2017; American Academy of Pediatrics [AAP], 2016; Harris et al., 2016) recommend that every adolescent be screened annually for PAS use as part of the routine care provided. Based on the information obtained, it is expected that the health provider will be able to carry out pertinent interventions and referrals (AAP, 2016; Levy et al., 2014). In Brazil, the Ministry of Health advocates screening adolescents but does not regulate the means for performing the procedures. This gap opens space to propose structured models of screening and intervention, preferably at low cost considering poor public resources (Mitchell et al., 2016; Ministério da Saúde [MS], 2010).

Primary health care (PHC) stands out as one of the main venues to implement strategies to approach PAS use by adolescents based on the local context, longitudinal follow-up, and incorporation of measures into the overall health promotion (D'Amico et al., 2016; Paula et al., 2014; AAP, 2011). However, it is unlikely that health professionals will recommend or intervene if not trained to screen adolescents and handle positive cases (Harris et al., 2016; Harris et al., 2014; Stirling et al., 2012a).

The Brazilian context reveals a number of social vulnerabilities and the high impact of drug use by adolescents, especially regarding learning deficits, psychic morbidity, involvement with drug trafficking, and early mortality (Fonseca, 2013). This scenario gives rise to the creation and assessment of training models for professionals in the area of adolescent care while aiming to contribute to changing this scenario (D'Amico et al., 2016; Hassan et al., 2009; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009).



This study aimed to assess the acquisition of information after providing training on concepts and approaches to the use of legal and illicit drugs among adolescents to professionals working in the PHC setting in Brazil.

### Methods

This is a descriptive, quantitative, and cross-sectional study comparing information on the approach to drug use by adolescents before and after training PHC professionals.

### Participants

Participants were all healthcare professionals performing medical, nursing, or social work in PHC in a medium-sized municipality in Southwest Brazil in 2016.

### Procedures

Three-hour training sessions were held using expository methods and roleplay along with printed material being provided. All content was prepared for groups of approximately 20 workers taught by professionals with training in chemical dependencies and adolescent mental health. The training included epidemiological data on PAS use among adolescents in Brazil, the use of CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble) Screening, Adolescent Screening, the Brief Intervention and Referral to Treatment algorithm, and the Brief Intervention (BI) technique. Before each meeting, a pre-test (PrT) was applied, which assessed the knowledge and clinical practices used to identify and approach adolescents using PAS through closed questions. The answers in line with the current literature on the subject were referred to as *Hits* to compare changes after the training. At the end of each training, a post-test (PoT) was performed to assess the knowledge acquired.

### Data analysis

The information obtained in the PrT and PoT was entered into a database using Excel—Microsoft Office for Windows. To analyze and compare responses in the PrT and PoT, McNemar's test was used. The relation of profession and gender to knowledge was assessed using the Chi-square or Fisher's exact test while the Mann-Whitney test was applied to evaluate the relation of knowledge with age and years of experience. The significance level adopted was 5% ( $p < 0.05$ ).

The study was approved by the Research Ethics Committee of FCM-UNICAMP under the number CAAE 41227514.6.0000.5404.

### Results

Eight training sessions were conducted with the participation of 139 professionals, representing 70% of those providing care to the adolescents in the municipality's PHC,

comprising 65 physicians, 43 nursing professionals, and 2 social workers. The main reasons for not participating were health/maternity leave, vacation, schedule conflicts, and refusal. In addition, 29 professionals, comprising 16 professionals working in services that provide care for adolescents outside the PHC setting and 13 that provide care to adults in PHC, requested to participate and were included.

The mean age of the participants was 43.9 years, and the majority were female (77%) with an average of 19 years of experience; 43% reported previous experience in motivating adolescents not to start or to stop using PAS.

Profession, sex, age, and years of experience since graduating had little impact on acquiring information after the training. It was observed that male gender was associated with higher *Hit* rates to the question about believing in the positive impact of being oriented by professionals regarding the use of PAS during consultations with adolescents before and after training ( $p = 0.0211$  and  $p = 0.0070$ , respectively); having more years of experience was associated with greater knowledge of risk factors with the use of PAS by adolescents prior to training ( $p = 0.0414$ ).

Before the training, less than 30% of professionals reported always approaching adolescents about the use of alcohol, tobacco, and other PAS in routine visits, and about 17% never asked about substance use.

In the PrT, only 5% of professionals reported being aware of specific screening instruments for PAS use by adolescents; 1/3 were not aware of any place to treat PAS use by adolescents in the municipality, and only 30% of professionals reported using severity criteria to make referrals to specialized services.

There was an increase in the *Hit* rate in the PoT in 8 of the 13 topics covered. Statistical significance was observed in the acquisition of knowledge but not in the reduction of *Hit* rates when comparing PrT and PoT (Table 1).

**Table 1. Hit rates before (Pre) and after (Post) training**

Item	Hits (%)		p
	Pre	Post	
Rate of lifetime legal drug use by adolescents in Brazil	77.8	69.6	0.0771
Rate of lifetime illicit drug use by adolescents in Brazil	33.6	25.0	0.0705
Sex with higher rates of lifetime alcohol use	5.7	58.5*	<0.0001
Drugs most commonly used between 10 and 12 years of age	36.3	30.5	0.2743



Lifetime PAS use in public and private schools	27.2	82.6*	<0.0001
Sex and PAS of choice	36.3	53.9*	0.0012
Age at onset of PAS use	27.7	32.0	0.4349
Posture in the 1 <sup>st</sup> consultation of the adolescent	82.5	90.8	0.0679
Belief in the positive impact of health professionals' guidance	67.2	83.2*	0.0006
Knowledge of a PAS use screening tool for adolescents	4.8	87.6*	<.0001
Knowledge of a place for the treatment of PAS use in the region	69.7	96.3*	<.0001
Knowledge and application of severity criteria for PAS use in adolescents	33.3	68.7*	<.0001
Brief Intervention	69.1	93.3*	<0.0001

\* McNemar's Test

Certain significant changes after training are noteworthy. More than 80% of professionals gained knowledge on the screening instrument for PAS use by adolescents; 96% stated that they knew about treatment sites for referral, if necessary, and 68% stated that they would incorporate the use of severity criteria to make referrals. The CRAFFT instrument was the severity criterion mentioned the most (33%) for making referrals for adolescents using drugs to specialized treatment followed by the pattern of use (18%).

### Discussion

The strategies to approach PAS use among adolescents, even when recommended by national and international reference entities, still lack structure in the public healthcare network in Brazil. This emphasizes the importance of the initiative proposed in the present study, which assessed the acquisition of information following training for PHC physicians, nurses, and social workers in a medium-sized Brazilian municipality (SBP, 2017; MS, 2010; WHO, 2007).

In agreement with national studies (Ronzani et al., 2009), less than half of PHC professionals reported having had some experience in motivating adolescents to interrupt the use of PAS while a small number reported asking about the use of PAS as part of their daily routine. Therefore, although PHC is conducive to health promotion in this age group, prevention and intervention practices must be constantly reinforced and reassessed (Ronzani et al., 2012; Amaral et al., 2010; Ronzani et al., 2008).

Many actions in PHC do not assess the effectiveness of and the factors that facilitate or hinder the process of implementing changes (Mitchell et al., 2016; Amaral et al., 2010). To contribute to changing this scenario, the present study elaborated a formal knowledge assessment tool based on the content of national courses of reference for training on the theme

(Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017; Unidade de Pesquisa em Alcool e Drogas, 2017) applied before and after training. Acknowledging the limitations represented by the absence of an instrument to assess the acquisition of knowledge in this context, it is important to highlight that this has been a difficulty faced by other Brazilian studies focusing on training healthcare teams (Cais et al., 2011; Ronzani et al., 2008; Botega et al., 2005).

Data from the PrT signaled a lack of knowledge regarding national epidemiological information in particular and poor retention of this content. It is possible that this information is considered less important than the many daily clinical needs demanded of these professionals. However, international studies (D'Souza-Li et al., 2016) point out that the knowledge of the profile of adolescents at greater risk associated with information on the epidemiological distribution of PAS use contributes to improvement in the identification of cases in PHC. Thus, it is suggested that updated tools of easy access should be made available to these professionals along with incentives for periodic review of the training content.

After the training, there were significant differences in obtaining information on topics that confronted myths related to drug use by adolescents—namely, low rates of female use and the prevalence of consumption being greater in public than in private schools. In recent years, data from the national and international literature (Johnston et al., 2017; ESPAD, 2015) point to an increase in alcohol use and binge drinking by female adolescents, a behavior often associated with exposure to risky activities, particularly unprotected sexual intercourse and unwanted pregnancy. Thus, it is expected that the acquisition of knowledge on this topic will provide a better way to approach adolescents, who a priori were not seen as potential users of PAS. Likewise, young students from private schools were perceived as adolescents with lower vulnerability to PAS use by PHC professionals, contrary to the vast national literature on the subject (Carlini et al., 2010). We consider that breaking down stereotypes related to PAS use held by healthcare professionals can contribute to reducing the stigma (D'Souza-Li et al., 2016; Saitz et al., 2002) and optimize the detection and approach in this context.

The marked improvement observed after training in terms of healthcare professionals believing in the positive impact of guidance may be related to accessing information that supports measures for approaching adolescents in PHC. Studies worldwide indicate that the difficulties involved in implementing changes are associated with issues related to the organizational structure and personal attitudes and beliefs of practitioners (Amaral et

al., 2010; Saitz et al., 2002). In addition, self-assessment to prepare for screening and interventions coupled with expectations and beliefs surrounding the BI may interfere with the performance of the practitioners (Harris et al., 2014; Ronzani et al., 2008). Studies have shown that well-planned brief counseling has positive outcomes compared to no intervention (D'Amico et al., 2016; Miller et al., 2001). It is expected that the acquisition of knowledge has strengthened the ability of professionals to perform the necessary approaches corresponding to the severity of each case (Harris et al., 2016; Harris et al., 2014; Sterling et al., 2012a; Hassan et al., 2009; Van Hook et al., 2007).

It is noteworthy that there was a marked growth in acquiring knowledge on items providing PHC professionals with objective tools to approach adolescents. Among them are a screening instrument for drug use by adolescents that is easily and quickly applied, information on municipality resources to assist in caring for adolescents, severity criteria based on a flowchart with good applicability in daily care, and indications for BI. Therefore, in accordance with studies on the theme, it is suggested that accessible resources easy to incorporate into clinical routine are be made available to PHC professionals (Harris et al., 2016; AAP, 2011).

It is known that incorporating and structuring the tracking routine involves practical barriers, among them the limited time of consultation (D'Souza-Li et al., 2016; Harris et al., 2014). This barrier can be reduced by presenting a brief, practical, and self-applied instrument using an interviewer or computer (Harris et al., 2016). The expectation is that the opportunity to learn about and manage the PAS use-specific screening tool for adolescents, such as that provided in the training, will stimulate incorporating the detection of PAS use into the routine of professionals.

The lack of knowledge about local healthcare services available for treating adolescents using PAS is often associated with less questioning about alcohol and other drugs, impairing the interventions and referrals of those who would benefit from specialized treatment (D'Souza-Li et al., 2016; Pilowsky et al., 2013). A review study pointed out that only 10% of individuals who meet the diagnostic criteria for Substance Use Disorder reported having received some kind of specialized treatment, indicating the existence of flaws in the referral process. Despite this, little is known about what strategies would serve to improve the referrals made by PHC providers (D'Souza-Li et al., 2016). Thus, the present study amplified the knowledge of PHC professionals about the specialized healthcare network available within the municipality because of the belief that this information may remove

another obstacle to approaching adolescents using PAS. Therefore, it is proposed that future training sessions include mapping relevant services, if possible, coupled with rules for referral to each service. In addition, the inclusion of professionals in the other instances that provide care to adolescents in the municipality together with the participation of professionals who assist adults in PHC, who may be in contact with the parents of the adolescents, may have contributed to strengthen this care network (Mitchell et al., 2016).

Recommendations from the AAP emphasize the importance of identifying experiences of adolescents using PAS and provide guidance on the application of severity criteria to guide professionals in conducting appropriate interventions for each situation (AAP, 2011). In agreement with this recommendation, the assessment carried out after training indicated a significant increase in the intention to include severity criteria, a measure associated with a higher level of qualification for the execution of the screening and referral (Knight et al., 2002). In addition, there was a significant increase in the notions regarding the BI, an appropriate tool in this context (Mitchell et al., 2016; Harris et al., 2014).

It is noteworthy that the professionals assessed showed high rates of prior knowledge regarding the posture in the first consultation with the adolescent, contrary to studies indicating that issues such as confidentiality, adolescent behavior in the consultation, and minimization of risks related to the use of PAS complicate the care provided in this age group, particularly in PHC (Harris et al., 2014; Sterling et al., 2012). On the other hand, the majority of professionals reported not addressing issues related to the use of PAS routinely in the consultations. Therefore, it is possible that there are no difficulties in providing care in terms of other issues related to adolescent health, which reinforces the importance of measures that incorporate questioning regarding the consumption of PAS to other topics already addressed.

The present training model, involving healthcare professionals from different educational backgrounds working in PHC, emphasized the different knowledge and intended to stimulate the division of responsibilities among team members since managing a positive screening case often requires the professional's time, preparation, and effort (Mitchell et al., 2016; Pilowsky et al., 2013; Sterling et al., 2012).

Data from the literature indicate that profession does not influence the final outcomes of BI actions in PHC with effective and very similar performance among the professional categories (Minto et al., 2007; McCambridge et al., 2004). The same was observed in the present study,



in which, in addition to profession, the variables of years of experience, sex, and age had an insignificant effect on previous knowledge and acquisition of information. These data suggest that training the team as a whole is an option, besides being feasible and suitable for PHC.

Nevertheless, it was observed that being a male professional was associated with prior and post-training knowledge with regard to believing in the positive impact of the professional's guidance during consultations. In contrast to the present work, certain studies have found that the gender of the professional had a more significant influence on respective tracking practices with women being more likely to use screening instruments and routinely perform interventions (Stading et al., 2012a). More years of experience influenced greater knowledge on risk factors prior to training. It is probable that professional experience would influence better perception of vulnerability indicators. Data from the literature corroborate this finding, as indicated in a study in which more experienced physicians had greater knowledge regarding PAS, less stigma in relation to the use, and greater perception regarding the effectiveness of the treatments (Levi-Rab et al., 2013).

Although there have been positive indications about the acquisition of information that assists approaching adolescents using PAS in PHC, it is necessary to point out that the absence of a validated instrument for measuring pre- and post-training knowledge suggests caution when interpreting data and limits the comparability with other studies.

In addition, longitudinal studies are necessary to assess whether the acquired knowledge has repercussions regarding the actions incorporated into the care and, especially, whether these actions contribute to changing the current scenario in terms of problems related to the use of PAS in this age group.

### Conclusions

Despite the limitations, this study added a significant portion of professionals involved in providing care to adolescents in a medium-sized Brazilian municipality to training on PAS use approach and indicated learning in objective-operational aspects that may assist in the feasibility of screening, intervention, and referrals with better levels of qualification within the local healthcare network. These results stimulate the replication of the strategy, aiming to amplify the potential for PHC professionals to approach drug use by adolescents.

## References

- 1- Johnston LD, O'Malley PM, Miech RA, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2015: Overview, key findings on adolescent drug use. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan. 2017.
- 2- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report, 2013. ISBN: 978-92-1-148273-7.
- 3- Madruga CS, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Zaleski M, Ferri CP. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil - a national survey. Addict Behav. 2012;37(10):1171-5.
- 4- Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, Mitsuhiro SS. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP; 2014. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>.
- 5- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Bebidas alcoólicas são PREJUDICIAIS à saúde da criança e do adolescente. Manual de Orientação – Departamento Científico de Adolescência. 2017 Fevereiro.
- 6- AAP Committee on substance use and prevention. Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. Pediatrics. 2016;138(1):e20161210
- 7- Harris SK, Knight JR, Van Hook S, Sherritt L, Brooks T, Kulig JW, Nordt C, Saitz R. Adolescent substance use screening in primary care: validity of computer self-administered vs. clinician-administered screening. Substance Abuse. 2016;37(1):197-203. DOI: 10.1080/08897077.2015.1014615.
- 8- Levy S, Weiss R, Sherritt L, Ziemnik R, Spalding A, Van Hook S, Shrier LA. An Electronic Screen for Triaging Adolescent Substance Use by Risk Levels. JAMA Pediatr. 2014 September; 168(9): 822–828. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.774.
- 9- Mitchell SG, Schwartz RP, Kirk AS, Dusek K, Oros M, Hosler C, Gryczynski J, Barbosa C, Dunlap L, Lounsbury D, O'Grady KE, Brown BS. SBIRT Implementation for Adolescents in Urban Federally Qualified Health Centers. J Subst Abuse Treat. 2016 January; 60: 81–90. doi:10.1016/j.jsat.2015.06.011.
- 10- Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2010.

- 11- D'Amico EJ, Parast L, Meredith LS, Ewing BA, Shadel WG, Stein BD. Screening in Primary Care: What Is the Best Way to Identify At-Risk Youth for Substance Use? *Pediatrics*. 2016 Dec;138(6). doi:10.1542/peds.2016-17.
- 12- Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Albuquerque RA. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicologia em Estudo*. 2014; 19(2):223-233. doi:10.1590/1413-737222025006.
- 13- American Academy of Pediatrics (AAP). Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians. *Pediatrics*. 2011;128(5):1330-1340. (ISSN: Print, 0031-4005; Online, 1098-4275).
- 14- Harris SK, Louis-Jacques J, Knight JR. Screening and brief intervention for alcohol and other abuse. *Adolesc Med State Art Rev*. 2014 Apr;25(1):126-56.
- 15- Sterling S, Kline-Simon AH, Wibbelsman C, Wong A, Weisner C. Screening for adolescent alcohol and drug use in pediatric health-care settings: predictors and implications for practice and policy. *Addict Sci Clin Pract*. 2012 Aug 16;7:13. doi:10.1186/1940-0640-7-13.
- 16- Fonseca FF, Sena RKR, Santos RLA, Dias OV, Costa SM. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Rev. Rev Paul Pediatr* 2013;31(2):258-64. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000200019>.
- 17- Hassan A, Harris SK, Sherritt L, Hook SV, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kulig J, Knight JR. Primary Care Follow-up Plans for Adolescents With Substance Use Problems. *Pediatrics*. 2009 July; 124(1): 144–150. doi:10.1542/peds.2008-2979.
- 18- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment: What Is SBIRT? Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment; 2009.
- 19- Knight JR, Harris S, Sherritt L, Hook SV, Lawrence N, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kulig J. Prevalence of positive abuse screen results among adolescents primary care patients. *Arch Pediatr and Adolesc Med*. 2007;161(11):1035-1041.
- 20- Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007.
- 21- Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Rev. Saúde Pública, São*

- Paulo, v. 43, supl. 1, p. 51-61, Aug. 2009. doi:10.1590/S0034-89102009000800009.
- 22- Ronzani TM, Oliveira PMC. Estigmatização e Prática de Profissionais da APS Referentes ao Consumo de Álcool. *Psicologia: ciência e profissão*, 2012, 32 (3), 648-661.
- 23- Amaral B, Ronzani TM, Souza-Formigoni MLO. Process evaluation of the implementation of a screening and brief intervention program for alcohol risk in primary health care: An experience in Brazil. *Drug and Alcohol Review*. March 2010, 29, 162–168. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2009.00120.x.
- 24- Ronzani TM, Castro PM, Formigoni MLOS. Avaliação de um processo de implementação de práticas de prevenção ao uso de risco de álcool entre agentes comunitários de saúde. *HU Revista, Juiz de Fora*, v.34, n.1, p. 9-18, jan./mar. 2008.
- 25- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Guia do Estudante - SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Organizadoras Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, 2017.
- 26- Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD). Curso de Especialização em Dependência Química UNIAD/UNIFESP. Conteúdo programático. 2018.
- 27- Cais CFS. Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP. 2011. f.244. Tese (doutorado). SP: [s.n.], 2011.
- 28- Botega NJ, Reginato DG, Silva SV, Cais, CFS, Rapeli CB, Mauro MLF, Cecconi JP, Stefanello S. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005, 27, 315-318.
- 29- D'Souza-Li L, Harris SK. The future of screening, brief intervention and referral to treatment in adolescent primary care: research directions and dissemination challenges. *Curr Opin Pediatr*. 2016 Aug;28(4):434-40. doi: 10.1097/MOP.0000000000000371.
- 30- ESPAD Group (2016), ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Publications Office of the European Union, Luxembourg. doi:10.2810/564360.
- 31- Carlini EA, Noto AR, Sanchez ZM. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes



- Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras: 2010. São Paulo: Centro Brasileiro de informações sobre Drogas psicotrópicas, UNIFESP; 2010.
- 32- Saitz R, Friedmann PD, Sullivan LM, Winter MR, Lloyd-Travaglini C, Moskowitz MA, Samet JH. Professional satisfaction experienced when caring for substance-abusing patients: faculty and resident physician perspectives. *J Gen Intern Med*. 2002 May;17(5):373-6.
  - 33- Burke PJ, O'Sullivan J, Vaughan BL. Adolescent substance use: brief interventions by emergency care providers. *Pediatr Emerg Care*. 2005 Nov;21(11):770-6.
  - 34- Miller WR, Rollnick S. Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre, 2001.
  - 35- Van Hook S, Harris SK, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kuling J, Knight JR. The "Six T's": Barriers to Screening Teens for Substance Abuse in Primary Care. *Journal of Adolescent Health*. 2007;(40): 456-461.
  - 36- Pilowsky DJ, Wu LT. Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: a literature review. *Addict Behav*. 2013 May;38(5):2146-53. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.01.015. Epub 2013 Feb 4. DOI:10.1016/j.addbeh.2013.01.015.
  - 37- Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT Substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002; 156:607-614.
  - 38- Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, jul-set, 2007;16(3):207-220.
  - 39- McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*. 2004; 99:39-52.
  - 40- Lev-Ran S, Adler L, Nitzan U, Fennif S. Attitudes towards nicotine, alcohol and drug dependence among physicians in Israel. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2013;44:84-89.

- Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras: 2010. São Paulo: Centro Brasileiro de informações sobre Drogas psicotrópicas, UNIFESP; 2010.
- 32- Saitz R, Friedmann PD, Sullivan LM, Winter MR, Lloyd-Travaglini C, Moskowitz MA, Samet JH. Professional satisfaction experienced when caring for substance-abusing patients: faculty and resident physician perspectives. *J Gen Intern Med*. 2002 May;17(5):373-6.
  - 33- Burke PJ, O'Sullivan J, Vaughan BL. Adolescent substance use: brief interventions by emergency care providers. *Pediatr Emerg Care*. 2005 Nov;21(11):770-6.
  - 34- Miller WR, Rollnick S. Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre, 2001.
  - 35- Van Hook S, Harris SK, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kuling J, Knight JR. The "Six T's": Barriers to Screening Teens for Substance Abuse in Primary Care. *Journal of Adolescent Health*. 2007;(40): 456-461.
  - 36- Pilowsky DJ, Wu LT. Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: a literature review. *Addict Behav*. 2013 May;38(5):2146-53. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.01.015. Epub 2013 Feb 4. DOI:10.1016/j.addbeh.2013.01.015.
  - 37- Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT Substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002; 156:607-614.
  - 38- Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, jul-set, 2007;16(3):207-220.
  - 39- McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*. 2004; 99:39-52.
  - 40- Lev-Ran S, Adler L, Nitzan U, Fennif S. Attitudes towards nicotine, alcohol and drug dependence among physicians in Israel. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2013;44:84-89.

### 4.3- Resultados complementares

O material pedagógico de apoio foi composto de apresentação multimídia (Anexo 2), apostila (Anexo 3), tradução do SBIRT para adolescentes (Anexo 6) e elaboração das avaliações de Pré e Pós teste (Anexo 7). O material digital foi composto por 53 slides que contemplavam os temas escolhidos (Quadro 1) e que direcionavam os participantes para a página da apostila referente ao slide em questão, através da sinalização na borda inferior direita do slide com número da página da apostila, permitindo que as anotações, leitura breve e apontamento das dúvidas fossem realizados no decorrer de cada momento da aula. A apostila impressa apresentava 24 páginas. O conteúdo da apostila foi mais amplo e detalhado, em comparação ao material digital, permitindo um maior aprofundamento dos temas caso cada profissional desejasse, já que foi disponibilizado para cada participante uma apostila completa ao início da capacitação.

#### Quadro 1. Temas definidos para a construção do material da capacitação

Avaliação de conhecimentos prévios (Pré Teste - PrT)
Epidemiologia do uso de SPA pelos adolescentes brasileiros
Importância da identificação dos quadros de uso de SPA em fase inicial
Instrumento de triagem de uso de SPA em adolescentes
Utilização do instrumento CRAFFT/CESARE
Classificação de risco e encaminhamentos
Utilização do fluxograma SBIRT
Princípios gerais sobre Intervenção Breve
Avaliação de conhecimentos adquiridos (Pós Teste - PoT)
Levantamento de dificuldades

A avaliação de Pré e Pós Teste consistiu em um levantamento dos conhecimentos e atitudes prévios e, após as aulas, avaliação do conteúdo apreendido (dados epidemiológicos nacionais, triagem de uso de SPA em adolescentes, intervenção breve, classificação de gravidade, encaminhamentos) e intenção de modificações nas ações relacionadas à abordagem dos adolescentes.

O número total de participantes foi 139 e a taxa de respostas compatíveis com a literatura (*Acertos*) dos participantes pode ser visualizada na Tabela 1.

**Tabela 1. Resultados parciais**

	Pré Teste (n=139)		Pós Teste (n=139)	
	<i>Acertos</i>	(%)	<i>Acertos</i>	(%)
P1. Taxa de uso na vida de álcool	102	77,8	91	69
P2. Taxa de uso na vida de drogas	43	32,8	33	25
P3. Gênero com maiores taxas de uso na vida de álcool entre adolescentes	8	6,1	78	59
P4. Alternativa falsa em relação ao uso na vida de drogas	14	11,1	23	19,8
P5.1 Drogas mais utilizadas entre 10-12 anos	45	34,8	41	31,3
P5.2 Uso na vida de SPA e tipo de escola	36	27,7	106	82,1
P5.3 Gênero e SPA de escolha	48	37,2	68	52,3
P5.4 Idade de início do uso de SPA	35	27,7	39	30,0
P7.1 Postura no 1º atendimento	107	83,6	119	90,8
P7.2 Impacto das orientações	88	68,7	109	83,8
P7.3 Intervenção breve	88	68,7	121	92,3
P7.4 Entrevista Motivacional	108	86,4	119	92,2

Dos 12 itens avaliados, 5 tiveram taxas de *Acerto* superior a 60% no PrT. Os conceitos prévios para as respostas com baixa taxa de acerto foram os seguintes: 36,3% afirmaram que a taxa de uso na vida de SPA era de 30-40% e não de 20-30%; 93,9% responderam que o gênero masculino apresenta maiores taxas de uso de álcool na vida entre adolescentes, contrariando os estudos recentes que apontam um maior uso na vida entre adolescentes do gênero feminino; 88,8% consideraram falsas as afirmações: “*Não houve aumento do uso na vida de solventes e anfetamínicos*” e “*Não houve alteração do uso na vida de maconha*”, porém os dados nacionais apontam que essas afirmações são corretas entre os adolescentes brasileiros; 65,1% afirmaram que as SPA mais utilizadas na faixa etária de 10-12 anos são o álcool, tabaco, maconha e cocaína, muito embora os dados nacionais apontem para um maior uso na vida, nessa faixa, de tabaco, inalantes, ansiolíticos, energéticos com álcool e anfetamínicos; 72,3% responderam que a seguinte afirmação era falsa: “*Em relação ao uso na vida os alunos das escolas privadas apresentam maior uso de drogas quando comparados aos alunos de escolas públicas*”, porém, levantamento nacional constatou que os alunos de escola privada apresentam maiores taxas de uso na vida, no ano e no mês, muito embora os alunos de

escola pública apresentem maiores taxas de uso frequente e pesado; 62,8% consideraram verdadeira a afirmação sobre as principais SPA utilizadas pelos adolescentes do gênero masculino (cocaína, maconha, ansiolíticos e analgésicos), contrariando os dados nacionais que apontam maior uso de cocaína, maconha, esteroide e solventes pelos adolescentes do gênero masculino; e 72,2% afirmaram que o uso de SPA entre os adolescentes brasileiros não ocorre antes dos 10 anos, no entanto, os dados nacionais pontuam que a primeira experiência de uso vem ocorrendo antes dos 10 anos para uma parcela das crianças brasileiras.

O número total de Pós-Testes (PoT) entregues foi 139 e os dados podem ser visualizados na Tabela 1.

A pergunta fechada (PrT) referente a conhecer ou não fatores de risco para uso de drogas por adolescentes (Pergunta 6) foi respondida pela maior parte dos profissionais (96,2%) e 83% afirmou conhecer algum fator de risco.

O desdobramento da pergunta 6 era uma pergunta aberta sobre quais eram os fatores de risco que os profissionais conheciam. Foram efetuadas 239 respostas, sendo as mais prevalentes, de forma agrupada e em ordem decrescente, as seguintes: funcionamento familiar, fatores de vulnerabilidade, antecedentes familiares de uso de SPA ou transtorno mental, influência de amigos, características pessoais e ambiente escolar (Tabela 2). Apenas 6 pessoas não responderam à pergunta.

**Tabela 2. Pré Teste: Fatores de risco apontados**

	(n=239)	(%)
Funcionamento familiar (pais ausentes, desestruturação familiar, conflitos, permissividade, modelo parental, vínculos familiares escassos)	61	25,5
Vulnerabilidade contextual (econômica, social, cultural, ambiental)	37	15,5
Antecedente familiar de uso de SPA ou de transtorno mental	32	13,4
Amigos/Companhias	22	9,2
Características do adolescente	18	7,5
Dificuldades escolares (evasão, baixo desempenho, baixa escolaridade, problemas escolares, vínculo ruim com a escola)	18	7,5
Antecedentes pessoais de transtorno/sofrimento mental	14	5,9
Facilidade de acesso a SPA	12	5,0
Antecedentes de violência sexual e/ou doméstica (vítima)	5	2,1
Falta de orientação sobre o uso de SPA	4	1,7
Curiosidade	3	1,3
Influência de mídias, moda	3	1,3
Imaturidade do SNC	2	0,8
Sexo (gênero)	2	0,8
Legislação permissiva e ausência do cumprimento da mesma	1	0,4
Uso precoce	1	0,4
Uso prévio de álcool e tabaco	1	0,4
Baixo acesso a saúde	1	0,4
Atividade sexual de risco (gestação, DST)	1	0,4
Não compreendeu a pergunta	1	0,4

Após a capacitação, todos aqueles que responderam à pergunta 6 afirmaram conhecer algum fator de risco para uso de SPA. No PoT a pergunta 6 foi respondida pela maioria dos profissionais (97,6%). Houve um aumento do número de respostas afirmativas no PoT quando comparado ao PrT (97,6% e 83%, respectivamente) informando conhecer algum fator de risco para uso de SPA nesta faixa etária.

Foram efetuadas 422 respostas, crescimento de 56,6% no número de respostas após o treinamento, sendo as mais prevalentes, em ordem decrescente, as seguintes: família, características pessoais, escola, antecedentes familiares de uso de SPA ou transtorno mental, vulnerabilidade e influência de amigos (Tabela 3).

**Tabela 3. Pós Teste: Fatores de risco apontados após a capacitação**

	(n=422)	(%)
Família (pais ausentes, desestruturação familiar, conflitos familiares, permissividade familiar, modelo parental, vínculos familiares escassos)	101	24
Características do adolescente	63	14,9
Dificuldades escolares (evasão escolar, baixo desempenho escolar, baixa escolaridade, problemas escolares, baixo vínculo com a escola)	58	13,7
Antecedente familiar de uso de SPA ou de transtorno mental	48	11,6
Vulnerabilidade contextual (econômica, social, cultural, ambiental)	45	10,6
Amigos/Companhias	33	7,8
Antecedentes pessoais de transtorno/sofrimento mental	24	5,6
Facilidade de acesso a SPA	12	2,8
Imaturidade do SNC	11	2,6
Falta de orientação sobre o uso de SPA (estratégias de prevenção)	6	1,5
Uso precoce	5	1,2
Uso prévio de álcool e tabaco	3	0,7
Antecedentes de violência sexual e/ou doméstica (vítima)	3	0,7
Atividade sexual de risco (gestação, DST)	3	0,7
Curiosidade	2	0,5
Não compreendeu a pergunta	2	0,5
Sexo (gênero)	1	0,2
Idade	1	0,2
Influência de mídias, moda	1	0,2

Ao avaliar a relação das profissões com o conhecimento antes da capacitação (PrT) foi observado que o quanto cada profissional sabia anteriormente à capacitação não apresentou relação com a profissão, ou seja, não influenciou no padrão das respostas das perguntas 1, 2, 3, 4, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 6, 7.2 e 7.3 ( $p=0.0809$ ;  $p=0.6742$ ;  $p=0.7718$ ;  $p=0.9260$ ;  $p=0.5329$ ;  $p=0.2046$ ;  $p=0.5222$ ;  $p=0.8379$ ;  $p=0.2890$ ;  $p=0.3823$  e  $p=0.1139$ , respectivamente).

Para a pergunta 7.1 do PrT, verdadeira ou falsa (*“No primeiro atendimento devo evitar perguntas pessoais como, por exemplo, sobre o uso de drogas e sexualidade”*), a profissão teve relação com as respostas ( $p=0.0022$ ), associando-se a resposta incorreta para enfermeiros, auxiliares de enfermagem e dentistas; e associação com resposta correta para médicos, psicólogos e outros profissionais (fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo, guarda municipal, assistente administrativo, farmacêutico e assistente social) (Tabela 4).

**Tabela 4. Pré Teste: Abordagem do uso de SPA em primeiro atendimento entre as profissões**

<b>Profissão</b>	<b>Erros (%)</b>	<b>Acertos (%)</b>	<b>(n)</b>
Médico	19,05	<b>53,27*</b>	61
Enfermeiro	<b>47,62*</b>	15,89	27
Técnico de enfermagem	14,29	13,08	17
Auxiliar de enfermagem	<b>9,52*</b>	2,80	5
Psicólogo	0	<b>5,61*</b>	6
Dentista	<b>9,52*</b>	1,87	4
Outras	0	<b>7,48*</b>	8
<b>Total</b>			128

**p=0.0022**

**Tabela 5. Pós Teste: Abordagem do uso de SPA em primeiro atendimento entre as profissões após a capacitação**

<b>Profissão</b>	<b>Erros (%)</b>	<b>Acertos (%)</b>	<b>(n)</b>
Médico	16,67	<b>49,58*</b>	61
Enfermeiro	25,00	20,17	27
Técnico de enfermagem	<b>25,00*</b>	12,61	18
Auxiliar de enfermagem	<b>8,33*</b>	3,36	5
Psicólogo	<b>8,33*</b>	4,20	6
Dentista	<b>16,67*</b>	2,52	5
Outras	0,00	<b>7,56*</b>	9
<b>Total</b>			131

**p=0.0331**

Para a pergunta 7.1 do PoT, “*No primeiro atendimento devo evitar perguntas pessoais como, por exemplo, sobre o uso de drogas e sexualidade*”, a profissão teve relação com o padrão de respostas ( $p=0.0331$ ). O impacto da profissão em respostas incorretas foi maior para técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, psicólogo e dentista; enquanto que para médicos e outros profissionais a profissão teve relação com maiores taxas de acerto (Tabela 5).



**Tabela 6. Pré Teste: Conhecimento de Entrevista Motivacional entre as profissões**

<b>Profissão</b>	<b>Erros (%)</b>	<b>Acertos (%)</b>	<b>(n)</b>
Médico	35,29	<b>49,07*</b>	59
Enfermeiro	5,88	<b>24,07*</b>	27
Técnico de enfermagem	<b>23,53*</b>	10,19	15
Auxiliar de enfermagem	<b>17,65*</b>	1,85	5
Psicólogo	0	<b>5,56*</b>	6
Dentista	5,88	3,70	5
Outras	<b>11,76*</b>	5,56	8
<b>Total</b>			125

**p=0.0134**

**Tabela 7. Pós Teste: Conhecimento de Entrevista Motivacional entre as profissões após a capacitação**

<b>Profissão</b>	<b>Erros (%)</b>	<b>Acertos (%)</b>	<b>(n)</b>
Médico	20,00	<b>48,74*</b>	60
Enfermeiro	0,00	<b>22,69*</b>	27
Técnico de enfermagem	<b>50,00*</b>	10,08	17
Auxiliar de enfermagem	<b>10,00*</b>	3,36	5
Psicólogo	0,00	<b>5,04*</b>	6
Dentista	<b>20,00*</b>	2,52	5
Outras	0,00	<b>7,56*</b>	9
<b>Total</b>			131

**p=0.0015**

Para a pergunta 7.4 do PrT, verdadeira ou falsa (*“A entrevista motivacional evita que o profissional realize embate com o paciente para convencê-lo a mudar o comportamento”*), a profissão teve relação com a resposta ( $p=0.0134$ ), sendo que a taxa de respostas incompatíveis com a literatura foi maior para técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem e menor para médicos e enfermeiros (Tabela 6).

No PoT da mesma pergunta, *“A entrevista motivacional evita que o profissional realize embate com o paciente para convencê-lo a mudar o comportamento”*, a

profissão influenciou nas respostas da questão ( $p=0.0015$ ), tendo uma maior influência em respostas incompatíveis com a capacitação para técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e dentista. Entretanto, a profissão influenciou em maior número de respostas compatíveis (*Acertos*) com a literatura atual sobre o tema para médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais (Tabela 7).

Ao avaliar a relação das profissões com o conhecimento após a capacitação (PoT) não foi observada influência da profissão na aquisição de conhecimento após a intervenção para as perguntas 1, 2, 3, 4, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 7.2 e 7.3 ( $p=0.3253$ ;  $p=0.1331$ ;  $p=0.0829$ ;  $p=0.2270$ ;  $p=0.1349$ ;  $p=0.2964$ ;  $p=0.2055$ ;  $p=0.5655$ ;  $p=0.2058$ ;  $p=0.3125$ ).

Ao avaliar a relação do sexo com o conhecimento antes da capacitação (PrT) foi observado que o quanto cada profissional sabia anteriormente à capacitação não apresentou relação com o sexo, ou seja, não influenciou no padrão das respostas das perguntas 1, 2, 3, 4, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 6, 7.1, 7.3 e 7.4 ( $p=0.4717$ ;  $p=0.8294$ ;  $p=0.3761$ f;  $p=0.3095$ f;  $p=0.4045$ ;  $p=0.9884$ ;  $p=0.9272$ ;  $p=0.5587$ ;  $p=0.5391$ ;  $p=0.1569$  e  $p=0.3474$  respectivamente).

Ao avaliar a relação do sexo com o conhecimento após a capacitação (PoT) não foi observada influência da profissão na aquisição de conhecimento após a intervenção para as perguntas 1, 2, 4, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 7.1, 7.3 e 7.4 ( $p=0.6711$ ;  $p=0.5691$ ;  $p=0.0163$ ;  $p=0.3029$ ;  $p=0.5698$ ;  $p=0.7815$ f;  $p=0.4820$ ;  $p=0.3700$ ;  $p=0.0689$ f;  $p=1.0000$ f e  $p=0.6893$ f).

Para a pergunta 3 sobre o gênero com maior uso na vida de álcool no PoT, destaca-se o aumento de *Acertos* associados aos profissionais do sexo feminino (Tabela 8).

**Tabela 8. Pós Teste: Gênero com maior uso na vida de álcool**

<b>Sexo</b>	<b>Erros (%)</b>	<b>Acertos (%)</b>	<b>(n)</b>
Feminino	37 68,52%	67 <b>85,90%*</b>	104
Masculino	17 31,48%	11 14,10%	28
<b>Total</b>	21 100%	109 100%	130

**p=0.0163**

A idade dos profissionais influenciou no conhecimento prévio (PrT) e posterior à capacitação (PoT) apenas para a pergunta 1 (*“Qual a taxa de uso na vida (experimentação) de álcool pelos adolescentes brasileiros?”*). No PrT foi observado maior taxa de respostas compatíveis com a literatura para os profissionais mais jovens (mediana de 41 anos,  $p=0.0368$ ), assim como no PoT da referida pergunta (mediana de 40 anos,  $p=0.0368$ ).

Ao avaliar a relação do tempo de formado com o conhecimento prévio (PrT) e posterior a capacitação (PoT) para as perguntas 1, 2, 3, 4, 5 e 7 não foi observada influência do tempo de formado no padrão de *Acertos*.

Ao avaliar a relação do ano da capacitação, sendo 2015 a capacitação em grandes grupos e 2016 em pequenos grupos dentro das próprias UBS, com o conhecimento após a capacitação (PoT) foi observada a influência do modelo de capacitação em pequenos grupos (2016) apenas na melhor aquisição de conhecimento para a pergunta 1 (*“Qual a taxa de uso na vida (experimentação) de álcool pelos adolescentes brasileiros?”*) ( $p=0.0422$ ). Embora, para a pergunta 5.2 (*“Em relação ao uso na vida os alunos das escolas privadas apresentam maior uso de drogas quando comparados aos alunos de escolas públicas?”*) o inverso foi observado, já que a capacitação em grupo maior (2015) teve influência em maiores taxas de acerto ( $p=0.0054$ ).

Ao avaliar a relação do local de trabalho dos profissionais, atenção especializada ou UBS, com conhecimento antes da capacitação (PrT) foi observado que o local de trabalho do profissional não teve impacto no quanto o profissional sabia anteriormente à capacitação, ou seja, não influenciou no padrão das respostas das perguntas 1, 2, 3, 4, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 6, 7.1, 7.2, 7.3 e 7.4.

O questionamento realizado no Pré Teste sobre a frequência com que cada profissional perguntava ao adolescente sobre o uso de álcool (pergunta 8), tabaco (pergunta 10) e demais SPA (pergunta 12) foi respondido por 94,6% dos profissionais, havendo apenas pequena parcela de dados ausentes (7%, 7% e 8%, respectivamente). Menos de 30% dos profissionais afirmaram sempre abordar esses temas nos atendimentos de rotina e em torno de 16% não perguntam aos adolescentes sobre uso de álcool, tabaco e outras SPA nos atendimentos (Tabela 9).

No Pós Teste, no item acerca da intenção de perguntar aos adolescentes sobre o uso de álcool, tabaco e demais SPA foi observado aumento das respostas que sinalizavam para uma mudança nas práticas de questionamentos sobre o uso de SPA,

onde em torno de 30% dos profissionais passaram a afirmar que perguntariam sobre o uso de álcool, tabaco e demais SPA nos atendimentos (Tabela 9).

**Tabela 9. Comparativo não estatístico entre prática prévia sobre perguntar sobre uso de álcool nos atendimentos e intenção de perguntar após a capacitação**

	<b>PrT</b>	<b>PoT</b>	<b>PrT</b>	<b>PoT</b>	<b>PrT</b>	<b>PoT</b>
	<b>P8.</b>	<b>P8.</b>	<b>P10.</b>	<b>P10.</b>	<b>P12.</b>	<b>P12.</b>
	<b>Álcool</b>	<b>Álcool</b>	<b>Tabaco</b>	<b>Tabaco</b>	<b>Outras SPA</b>	<b>Outras SPA</b>
Sempre	29 (21%)	45 (32%)	40 (29%)	48 (35%)	31 (22%)	41 (29%)
Maioria das vezes	40 (29%)	30 (21,5%)	34 (25%)	34 (24%)	36 (26%)	30 (22%)
Minoria das vezes	38 (27%)	30 (21,5%)	31 (22%)	22 (16%)	41 (30%)	34 (24%)
Não pergunta	22 (16%)	22 (16%)	24 (17%)	21 (15%)	20 (14%)	19 (14%)
Dado ausente	10 (7%)	12 (9%)	10 (7%)	14 (10%)	11(8%)	15 (11%)
<b>Total</b>	139	139	139	139	139	139

Ao realizar a análise estatística comparativa entre as respostas dos participantes que responderam tanto o PrT quanto o PoT foi observada mudança de padrão de respostas com diferença estatisticamente significativa para a pergunta sobre a frequência em que cada profissional pretendia perguntar ao adolescente sobre o uso de álcool, com aumento das respostas “sempre” e redução das respostas “maioria das vezes”. Para as respostas das perguntas 10 e 12 não houve diferença estatisticamente significativa.

Ao analisar as mudanças no padrão das respostas do PrT e PoT para a pergunta 8 (“*Pergunta aos adolescentes se eles usaram álcool no último ano?*”) percebe-se que a melhoria do padrão das respostas foi entre os profissionais que no PrT haviam respondido na “minoria dos casos” ou “não pergunta”. Para aqueles profissionais que responderam na “minoria dos casos” no PrT, 20,59% passaram a responder “sempre” e “maioria dos casos” no PoT, sendo esse dado estatisticamente significativo ( $p=0.0213$ ). Para os profissionais que responderam “não pergunta” no PrT, 15% passou a responder “sempre” e “maioria dos casos” no PoT, sendo esse dado estatisticamente significativo ( $p=0.0213$ ) (Tabela 10).

**Tabela 10. Comparativo estatístico entre prática prévia sobre perguntar sobre uso de álcool nos atendimentos e intenção de perguntar após a capacitação**

		PoT				Total
		Sempre	Maioria dos casos	Minoria dos casos	Não pergunta	
PrT	Sempre	26	0	0	2	28
		22.03%	0%	0%	1.69%	23.73%
		92.86%	0%	0%	9.09%	
	Maioria dos casos	9	24	1	2	36
		7.63%	20.34%	0.85%	1.69%	30.51%
		25.00%	66.67%	2.78%	5.56%	
	Minoria dos casos	5	2	24	3	34
		4.24%	1.69%	20.34%	2.54%	28.81%
		14.71%	5.88%	70.59%	8.82%	
	Não pergunta	2	1	2	15	20
		1.69%	0.85%	0.85%	12.71%	16,95%
		10.00%	5.00%	10.00%	75.00%	
	Total	42	27	27	22	118
		35.59%	22.88%	22.88%	18.64%	100%

**p=0.0213**

As perguntas 9, 11 e 13 eram abertas e questionavam sobre os critérios para perguntar aos adolescentes sobre uso de álcool, tabaco e outras SPA, respectivamente (Tabelas 11, 12, 13, 14, 15 e 16).

O questionamento referente aos critérios para perguntar sobre o uso de álcool (Pré Teste) obteve 125 respostas, porém 41 profissionais não responderam à questão (29,4%) (Tabela 11). As respostas agrupadas com maior frequência foram: rotina de atendimento, verificar se a queixa clínica é compatível com o uso de álcool, observação de condições de saúde que possam ser afetadas pelo uso de álcool, fatores de risco conhecidos, comportamento do adolescente, problemas familiares, dificuldades escolares, demanda da família e antecedente familiar de uso de álcool ou SPA.

**Tabela 11. Pré Teste: Critérios para perguntar sobre uso de álcool para adolescentes**

	(n=125)	(%)
Faz parte da minha rotina de trabalho perguntar (anamnese padrão) / rotina de atendimento/ 1º consulta / “Sempre pergunto”	25	20
Verificar se a queixa (clínica) apresentada é compatível com o uso de álcool	16	12,8
Observação de sintomas/patologias/condições de saúde/estado geral que possam ser afetados pelo uso de álcool	11	8,8
Fatores de risco conhecidos (“população de risco”) ou “Se percebo algum fator de risco” ou “Se tem costume de beber, nem que seja um simples gole”	11	8,8
Comportamento do adolescente	8	6,4
Problemas familiares (emocionais, pais separados, pais ausentes, conflitos)	6	4,8
Antecedente familiar de uso de álcool ou SPA	5	4,0
Não sei	5	4,0
Dificuldades escolares (evasão, queda do rendimento, problemas escolares)	4	3,2
Demanda da família	4	3,2
Gestante	4	3,2
Aparência do adolescente (estado geral)	3	2,4
Oportunidade para abordar o tema	3	2,4
Pergunto por ser uma droga lícita e disponível ao adolescente	2	1,6
Histórico pessoal de problemas emocionais, transtornos comportamentais ou mentais	2	1,6
Quando é necessário prescrever alguma medicação	2	1,6
De acordo com o motivo do encaminhamento realizado	2	1,6
Observação de presença de conflitos	2	1,6
Realizar prevenção	1	0,8
Vínculo com o paciente	1	0,8
Exames laboratoriais alterados (enzimas hepáticas)	1	0,8
Apenas pergunto para adultos	1	0,8
Durante o aconselhamento referente a DST/AIDS	1	0,8
Faixa etária	1	0,8
Não pergunto por falta de prática na abordagem	1	0,8
Não compreendeu a pergunta	1	0,8
O adolescente relata espontaneamente ou apenas se o assunto surgir espontaneamente	1	0,8

**Tabela 12. Pós Teste: Critérios que os profissionais pretendem utilizar para perguntar sobre uso de álcool para adolescente**

	<b>(n=115)</b>	<b>(%)</b>
Passará a fazer parte da minha rotina de trabalho perguntar (anamnese padrão) / rotina de atendimento/ 1º consulta / “Sempre pergunto”	24	20,9
Fatores de risco conhecidos (“população de risco”) ou “Se percebo algum fator de risco” ou “Se tem costume de beber, nem que seja um simples gole”	14	12,2
Comportamento do adolescente	14	12,2
Observação de sintomas/patologias/condições de saúde/estado geral que possam ser afetados pelo uso de álcool	8	7,0
Verificar se a queixa (clínica) apresentada é compatível com o uso de álcool	7	6,1
Antecedente familiar de uso de álcool ou SPA	5	4,3
Não compreendeu a pergunta	5	4,3
Dificuldades escolares (evasão, queda do rendimento, problemas escolares)	5	4,3
Passarei a perguntar na anamnese daqui em diante	4	3,5
Demanda da família	4	3,5
Realizar prevenção (Pós Teste: “Deverá ser questionado sempre que possível para a identificação precoce”, prevenção)	4	3,5
Gestante	3	2,6
Isolamento social	2	1,7
Exames laboratoriais alterados (enzimas hepáticas)	2	1,7
Histórico pessoal de problemas emocionais, transtornos comportamentais ou mentais	2	1,7
Vínculo com o paciente	2	1,7
Oportunidade para abordar o tema	2	1,7
Problemas familiares (emocionais, pais separados, pais ausentes, conflitos)	2	1,7
Observação de presença de conflitos	1	0,9
O adolescente relata espontaneamente ou apenas se o assunto surgir espontaneamente	1	0,9
Não sei	1	0,9
Não pergunto por falta de prática na abordagem	1	0,9
Histórico de acidentes	1	0,9

No Pós Teste, a pergunta sobre os critérios que os profissionais pretendiam utilizar para questionar o adolescente sobre o uso de álcool obteve 115 respostas. No entanto, 53 participantes não responderam à questão (38,1%) (Tabela 13). As respostas agrupadas com maior frequência foram: rotina de atendimento, fatores de risco conhecidos, comportamento do adolescente, observação de condições de saúde que possa ser afetado pelo uso de álcool, verificar se a queixa clínica é compatível com o uso de álcool, antecedente familiar de uso de álcool ou SPA, dificuldades escolares e passarei a perguntar na anamnese.

Ao comparar as respostas obtidas no Pré e Pós Teste sobre os critérios utilizados para perguntar se o adolescente utiliza álcool foi observado um aumento da frequência

das respostas que levam em consideração os fatores de risco (12,2% Pós Teste e 8,8% no Pré) e comportamento do adolescente (12,2% e 6,4%).

O questionamento referente aos critérios para questionar sobre o uso de tabaco no Pré Teste, obteve 86 respostas, porém 53 participantes não responderam à pergunta (38,1%) (Tabela 15). As respostas mais citadas foram: anamnese de rotina, verificar se a queixa clínica é compatível com o uso de tabaco, observação de condições de saúde que possam ser afetadas pelo uso de tabaco, antecedente familiar de uso de tabaco ou outras SPA, não sei, gestante e fatores de risco conhecidos.

**Tabela 13. Pré Teste: Critérios para perguntar sobre uso de tabaco para adolescentes**

	(n=86)	(%)
Faz parte da minha rotina de trabalho perguntar (anamnese padrão) / rotina de atendimento/1º consulta / “Sempre pergunto”	24	27,9
Verificar se a queixa (clínica) apresentada é compatível com o uso de alguma SPA (sintomas respiratórios)	12	14,0
Observação de sintomas/patologias/condições de saúde/estado geral que possam ser afetados pelo uso de tabaco	9	10,5
Antecedente familiar de uso de tabaco ou outras SPA	7	8,1
Não sei	5	5,8
Gestante	4	4,7
Fatores de risco conhecidos (“população de risco”)	3	3,5
Não compreendeu a pergunta	3	3,5
Dificuldades apresentadas nas esferas familiar, escolar e de relacionamentos	3	3,5
Demanda da família	3	3,5
Pergunto por ser uma droga lícita e disponível ao adolescente	2	2,3
O adolescente relata espontaneamente ou apenas se o assunto surgir espontaneamente	2	2,3
Quando é necessário prescrever alguma medicação (ex: devido ao risco de uso de medicação hormonal com tabaco)	2	2,3
Comportamento do adolescente	1	1,2
Histórico pessoal de problemas emocionais, transtornos comportamentais ou mentais	1	1,2
De acordo com o motivo do encaminhamento realizado	1	1,2

No Pós Teste, o questionamento sobre os critérios que os profissionais pretendem utilizar para questionar sobre o uso de tabaco obteve 90 repostas, porém 57 profissionais deixaram a resposta em branco (41%) (Tabela 14). Os critérios mais utilizados para realizar questionamento sobre uso de tabaco na adolescência foram: anamnese de rotina, verificar se a queixa clínica é compatível com o uso de tabaco, antecedente familiar de uso de tabaco ou outras SPA, passarei a perguntar na anamnese daqui em diante, observação de condições de saúde que possam ser afetados pelo uso de



tabaco e comportamento do adolescente. Aproximadamente 10% dos profissionais não compreenderam a pergunta.

**Tabela 14. Pós Teste: Critérios que os profissionais pretendem utilizar para perguntar sobre uso de tabaco para adolescentes**

	(n=90)	(%)
Passará a fazer parte da minha rotina de trabalho perguntar (anamnese padrão) / rotina de atendimento/ 1º consulta / “Sempre pergunto”	26	28,9
Verificar se a queixa (clínica) apresentada é compatível com o uso de alguma SPA (sintomas respiratórios)	10	11,1
Não compreendeu a pergunta	9	10,0
Antecedente familiar de uso de tabaco ou outras SPA	7	7,8
Observação de sintomas/patologias/condições de saúde/estado geral que possam ser afetados pelo uso de tabaco	6	6,7
Passarei a perguntar na anamnese daqui em diante	6	6,7
Fatores de risco conhecidos (“população de risco”)	5	5,6
Comportamento do adolescente	5	5,6
Realizar prevenção	4	4,4
Demanda da família	2	2,2
Gestante	2	2,2
O adolescente relata espontaneamente ou apenas se o assunto surgir espontaneamente	2	2,2
Oportunidade para abordar o tema	2	2,2
Vínculo com o paciente	1	1,1
Dificuldades apresentadas nas esferas familiar, escolar e de relacionamentos	1	1,1
Não pergunto por falta de prática na abordagem	1	1,1

Ao comparar as respostas obtidas no Pré e Pós Teste sobre os critérios utilizados para perguntar se o adolescente utiliza tabaco foi observado que, para ambos, o critério mais utilizado foi que o questionamento sobre o tabaco já faz parte da anamnese de rotina, seguido pela verificação da queixa clínica poder ter relação com o uso de tabaco.

O questionamento referente as demais SPA, pergunta 13, obteve 137 respostas no Pré Teste. Foram deixadas 48 respostas em branco (34,5%) (Tabela 15). Os critérios mais utilizados para perguntar ao adolescente sobre o uso de outras SPA foram: anamnese de rotina (18,4%), verificar se a queixa clínica é compatível com o uso de SPA (10,5%) e observação de condições de saúde que possam ser afetados pelo uso de SPA (9,5%).

**Tabela 15. Pré Teste: Critérios para perguntar sobre uso de SPA ilícitas para adolescentes**

	(n=137)	(%)
Faz parte da minha rotina de trabalho perguntar (anamnese padrão) / rotina de atendimento/1º consulta / “Sempre pergunto”	21	18,4
Verificar se a queixa (clínica) apresentada é compatível com o uso de alguma SPA	12	10,5
Observação de sintomas/patologias/condições de saúde/estado geral que possam ser afetados pelo uso de tabaco	11	9,5
Comportamento do adolescente	7	6,1
Fatores de risco conhecidos (“população de risco”)	7	6,1
Alterações na esfera escolar (queda no rendimento escolar, ausência escolar)	7	6,1
DST, gestação	5	4,4
Problemas familiares (emocionais, pais separados, pais ausentes, conflitos)	5	4,4
Demanda da família	4	3,5
Não compreendeu a pergunta	4	3,5
Histórico pessoal de problemas emocionais, transtornos comportamentais ou mentais	3	2,6
De acordo com o motivo do encaminhamento realizado	3	2,6
Aparência do adolescente (estado geral)	3	2,6
Se houver demanda por parte do adolescente	2	1,8
Risco de gravidez	2	1,8
Não pergunto por falta de prática na abordagem	2	1,8
Adolescente desacompanhado no atendimento	2	1,8
Atitudes que sugeriram o uso de SPA	2	1,8
Observação de presença de conflitos	1	0,9
Uso de álcool ou tabaco	1	0,9
Realizar prevenção	1	0,9
Antecedente familiar de uso de SPA	1	0,9
Não sei	1	0,9
Evito perguntar porque as “outras drogas” são ilícitas	1	0,9
Durante o aconselhamento referente a DST/AIDS	1	0,9
O adolescente relata espontaneamente ou apenas se o assunto surgir espontaneamente	1	0,9

No Pós Teste, o questionamento sobre as outras SPA obteve 101 respostas. No entanto, 55 profissionais deixaram a resposta em branco (39,5%) (Tabela 16). Os critérios mais utilizados para realizar questionamento sobre uso de SPA na adolescência foram: anamnese de rotina (19,8%), comportamento do adolescente (15,8%) e presença de fatores de risco (9,9%), pelo uso de SPA (5,9%), alterações na esfera escolar (5,0%) e “passarei a perguntar na anamnese daqui em diante” (4,0%).

**Tabela 16. Pós Teste: Critérios que os profissionais pretendem utilizar para perguntar sobre uso de SPA ilícitas para adolescentes**

	(n=101)	(%)
Passará a fazer parte da minha rotina de trabalho perguntar (anamnese padrão) / rotina de atendimento/ 1º consulta / “Sempre pergunto”	20	19,8
Comportamento do adolescente	16	15,8
Fatores de risco conhecidos (“população de risco”)	10	9,9
Verificar se a queixa (clínica) apresentada é compatível com o uso de alguma SPA	10	9,9
Não compreendeu a pergunta	6	5,9
Observação de sintomas/patologias/condições de saúde/estado geral que possam ser afetados pelo uso de tabaco	6	5,9
Alterações na esfera escolar (queda no rendimento escolar, ausência escolar)	5	5,0
Passarei a perguntar na anamnese daqui em diante	4	4,0
Antecedente familiar de uso de SPA	3	3,0
DST, gestação	3	3,0
Problemas familiares (emocionais, pais separados, pais ausentes, conflitos)	3	3,0
Realizar prevenção	3	3,0
Atitudes que sugeriram o uso de SPA	2	2,0
Demanda da família	1	1,0
Não sei	1	1,0
Adolescente desacompanhado no atendimento	1	1,0
O adolescente relata espontaneamente ou apenas se o assunto surgir espontaneamente	1	1,0
Uso de álcool ou tabaco	1	1,0
Faixa etária	1	1,0
Isolamento social	1	1,0
Observação da presença de conflitos	1	1,0

Ao comparar as respostas obtidas no Pré e Pós Teste sobre os critérios utilizados para perguntar se o adolescente utiliza SPA ilícita foi observado que, para ambos, o critério mais utilizado foi que essa indagação faz parte da anamnese de rotina. A frequência da resposta “comportamento do adolescente” como critério para questionar sobre uso de SPA cresceu no Pós Teste (6,1% no Pré e 15,8% no Pós Teste).

A pergunta 14 (*Para os adolescentes em uso de álcool e/ou outras drogas, quais perguntas você faz sobre o consumo da substância?*) era aberta e possibilitava ao participante citar os itens que habitualmente pergunta (Pré Teste) ou que passaria a perguntar (Pós Teste) durante os atendimentos de adolescentes.

No Pré Teste a pergunta 14 não foi respondida por 20 profissionais. No entanto, o questionamento contabilizou 296 respostas, sendo a frequência do uso de SPA (23,3%), quantidade (11,5%), tipo de SPA utilizada (10,1%), tempo de uso (7,8%), se utiliza ou se já experimentou alguma SPA (7,1%) e a motivação (6,8%) para o uso as mais frequentes (Tabela 17).

**Tabela 17. Pré Teste: Perguntas que os profissionais realizam para adolescentes em uso de SPA**

	(n=296)	(%)
Frequência de uso	69	23,3
Quantidade do uso	34	11,5
Tipos de SPA que utiliza	30	10,1
Tempo de uso	23	7,8
Se já utilizou SPA alguma vez (experimentação) ou utiliza	21	7,1
Motivação para uso	20	6,8
Circunstância do uso	11	3,7
Idade de início do uso	10	3,4
Impacto do uso (prejuízos/consequências): exposição a situações de risco (direção sob efeito de SPA, lapsos de memória, problemas durante o uso, carona com alguém que bebeu)	8	2,7
Com quem usa (Com amigos? Sozinho?)	6	2,0
Onde usa SPA (local)	5	1,7
Se os amigos utilizam SPA	4	1,4
Vivências/efeitos associadas ao uso (“Como foi a experiência? Qual a expectativa?”; “Já ficou chapado?”)	4	1,4
Se já pensou em parar de usar ou se já tentou parar	4	1,4
Grau de dependência	4	1,4
Não pergunto/Raramente pergunto	3	1,1
Se fez ou faz consumo de álcool	3	1,1
Via de administração da SPA	3	1,1
Se quer ajuda	3	1,1
Quando foi o último uso	3	1,1
Se os familiares utilizam SPA	3	1,1
Perguntas relacionadas a vida da pessoa: dinâmica familiar, rendimento escolar, relação com os pares, rede de apoio	3	1,1
Se algum familiar ou pessoa próxima sabe sobre o uso de SPA	3	1,1
Como se sente	2	0,7
Faço orientações sobre os riscos	2	0,7
Onde compra	2	0,7
Atendo pouco adolescente	2	0,7
Se o familiar reclama do uso ou pediu para reduzir o uso	2	0,7
Quem ofereceu	2	0,7
Com que dinheiro compra	1	0,3
Não compreendeu a pergunta	1	0,3
Como iniciou o uso	1	0,3
SPA de preferência	1	0,3
Se tem sintomas de abstinência	1	0,3
Você tem algum vício?	1	0,3
Alterações de humor	1	0,3

**Tabela 18. Pós Teste: Perguntas que os profissionais pretendem realizar para adolescentes em uso de SPA**

	(n=284)	(%)
Frequência de uso	70	24,6
Quantidade do uso	29	10,2
Tipos de SPA que utiliza	24	8,5
Motivação para uso	22	7,7
Impacto do uso (prejuízos/consequências): exposição a situações de risco (direção sob efeito de SPA, lapsos de memória, problemas durante o uso, carona com alguém que bebeu)	22	7,7
Tempo de uso	16	5,6
Se já utilizou SPA alguma vez (experimentação) ou utiliza	14	4,9
Idade de início do uso	12	4,2
Com quem usa (“Usa com amigos? Sozinho?”)	8	2,8
Vivências/efeitos associadas ao uso (“Como foi a experiência? Qual a expectativa? ”; “Já ficou chapado?”)	7	2,5
Se fez ou faz consumo de álcool	7	2,5
Quando foi o último uso	6	2,1
Se já pensou em parar de usar ou se já tentou parar	6	2,1
Onde usa SPA (local)	5	1,8
Circunstância do uso	4	1,4
Passarei a utilizar o CESARE	4	1,4
Se os amigos utilizam SPA	4	1,4
Se os familiares utilizam SPA	3	1,1
Perguntas relacionadas a vida da pessoa: dinâmica familiar, rendimento escolar, relação com os pares, rede de apoio	2	0,7
Onde compra	2	0,7
Não pergunto/Raramente pergunto	2	0,7
Quem ofereceu	2	0,7
Atendo pouco adolescente	2	0,7
Não compreendeu a pergunta	2	0,7
Alterações de humor	2	0,7
SPA de preferência	1	0,4
Não tinha o hábito, passarei a perguntar	1	0,4
“Você tem algum vício?”	1	0,4
Se algum familiar ou pessoa próxima sabe sobre o uso de SPA	1	0,4
Se quer ajuda	1	0,4
Como se sente	1	0,4
Via de administração da SPA	1	0,4

No Pós Teste a pergunta 14 não foi respondida por 22 participantes (15,8%), porém os demais profissionais (110), forneceram 284 respostas (Tabela 18). As respostas com maior número de citações foram: frequência do uso (24,6%), quantidade do uso (10,2%), tipo de SPA (8,5%), motivação do uso (7,7%), impacto do uso (7,7%) e tempo de uso (5,6%).

Ao comparar as respostas do Pré e Pós Teste da pergunta 14 foi possível observar pequeno aumento das citações sobre a motivação do uso (6,8% no Pré e 7,7%

no Pós Teste), impacto do uso (2,7% e 7,7% no Pré e Pós Teste, respectivamente) e com quem usa (1,1% e 2,8% no Pré e Pós Teste, respectivamente).

No Pré Teste, menos da metade dos participantes (43%) relataram ter tido algum tipo de experiência em motivar adolescentes a parar de usar SPA (pergunta 15); 85,7% dos profissionais que afirmou ter tido alguma experiência em motivar os adolescentes a interromper o uso de SPA descreveu os argumentos, sendo os mais utilizados: prejuízos relacionados ao uso de SPA (23,8%), danos pessoais e riscos à saúde (11,3%), cuidados com o corpo e saúde (10%), impacto do uso na gestação (6,3%), planejamento futuro (6,3%), problemas familiares (5%), risco de dependência química (5%) e escuta ativa para entender as motivações do adolescente (5%) (Tabela 19).

**Tabela 19. Pré Teste: Argumentos utilizados para motivar o adolescente a parar de usar SPA**

	(n=80)	(%)
Perdas, prejuízo e/ou malefícios evidentes no cotidiano (causados pelo uso)	19	23,8
Danos pessoais (doenças) – riscos à saúde	9	11,3
Cuidados com o corpo/saúde (fertilidade)	8	10,0
Impacto do uso na gestação (gestante usuária de SPA)	5	6,3
Planejamento futuro	5	6,3
Conflitos familiares	4	5,0
Escuta ativa do adolescente para compreender suas motivações de uso	4	5,0
Risco de dependência química	4	5,0
Alternativas saudáveis de recreação e prazer	3	3,8
Frases destacando suas qualidades (“ <i>Você é muito inteligente</i> ”, “ <i>Você é importante</i> ”, “ <i>Você é capaz de estabelecer mudanças</i> ”)	2	2,5
Argumentos envolvendo a rede afetiva (“ <i>Você tem uma família</i> ”, “ <i>Você tem namorada(o)</i> ”)	2	2,5
Exposição a situações de risco (acidentes, atividade sexual desprotegida)	2	2,5
Problemas acadêmicos	2	2,5
Ponderação entre efeitos positivos e negativos do uso	2	2,5
Experiência pessoal	1	1,3
Futuro profissional em risco caso mantenha o uso (prejuízo na carreira profissional)	1	1,3
Faltas no trabalho/escola	1	1,3
Alterações de humor	1	1,3
Impacto do uso na amamentação	1	1,3
Risco de morte	1	1,3
Conversas com equipe multiprofissional	1	1,3
Manifesto minha opinião de que não vale a pena usar SPA	1	1,3
Entrevista motivacional	1	1,3

**Tabela 20. Pós Teste: Argumentos que os profissionais pretendem utilizar para motivar o adolescente a parar de usar SPA**

	(N=83)	(%)
Danos pessoais (doenças) – riscos à saúde	14	16,9
Perdas, prejuízo e/ou malefícios evidentes no cotidiano (causados pelo uso)	14	16,9
Escuta ativa do adolescente para compreender suas motivações de uso	7	8,4
Frases destacando suas qualidades (“ <i>Você é muito inteligente</i> ”, “ <i>Você é importante</i> ”, “ <i>Você é capaz de estabelecer mudanças</i> ”)	7	8,4
Planejamento futuro	6	7,2
Exposição a situações de risco (acidentes, atividade sexual desprotegida)	6	7,2
Ponderação entre efeitos positivos e negativos do uso	4	4,8
Impacto no cérebro (comprometimento intelectual e cognitivo, perda de memória, diminuição da concentração)	4	4,8
Conflitos familiares	3	3,6
Cuidados com o corpo/saúde (fertilidade)	3	3,6
Qualidade de vida	2	2,4
Argumentos envolvendo a rede afetiva (“ <i>Você tem uma família</i> ”, “ <i>Você tem namorada(o)</i> ”)	2	2,4
Futuro profissional em risco caso mantenha o uso (prejuízo na carreira profissional)	2	2,4
Problemas acadêmicos	2	2,4
Manifesto minha opinião de que não vale a pena usar SPA	2	2,4
Risco de dependência química	1	1,2
Impacto do uso na gestação (gestante usuária de SPA)	1	1,2
Alternativas saudáveis de recreação e prazer	1	1,2
Impacto do uso na amamentação	1	1,2
Entrevista motivacional	1	1,2

No Pós Teste, os profissionais afirmaram que os argumentos a serem utilizados, após o treinamento, para motivar os adolescentes para interromper o uso de SPA seriam: prejuízos relacionados ao uso de SPA (16,9%), danos pessoais e riscos à saúde (16,9%), escuta ativa para entender as motivações do adolescente (8,4%), frases destacando suas qualidades (8,4%), planejamento futuro (7,2%), exposição a fatores de risco (7,2%) e ponderação entre efeitos positivos e negativos do uso (4,8%). (Tabela 20).

Ao comparar as respostas obtidas no Pré e Pós Teste foi possível observar um aumento da frequência dos seguintes argumentos: danos pessoais (11,3% e 16,9%, respectivamente); escuta ativa das motivações do adolescente (5% e 8,4%); frases destacando as qualidades do adolescente (2,5% e 8,4%); planejamento futuro (6,3% e 7,2%); exposição a situações de risco (2,5% e 7,2%) e ponderação entre efeitos positivos e negativos do uso (2,5% e 4,8%).

As perguntas 18 sobre conhecer instrumento de triagem, 19 sobre conhecer local de tratamento e 20 sobre utilizar critérios de gravidade do Pré Teste foram respondidas

pela maior parte dos profissionais, apenas 6%, 6% e 17% não responderam, respectivamente. Foi observado que 87% não conheciam instrumentos de triagem específicos para triagem de uso de SPA por adolescentes; 66% afirmaram conhecer locais ambulatoriais para tratamento de uso de SPA na adolescência e 30% dos profissionais disseram utilizar critérios de gravidade para realizar os encaminhamentos para serviços especializados.

A análise estatística comparativa das respostas do PrT e PoT das perguntas 18 a 20 constatou aumento significativo de respostas afirmativas após o treinamento ( $p < .0001$ ) (Tabela 21).

**Tabela 21. Comparativo estatístico de respostas Pré e Pós Teste: Dificuldades, experiências e práticas em relação a abordagem e encaminhamentos dos adolescentes em uso de SPA**

	Sim (%)		Não (%)		p
	PrT	PoT	PrT	PoT	
P18. Conhece algum <b>instrumento</b> de triagem de uso de SPA específico para adolescentes?	4,8	<b>87,6*</b>	95,2	12,4	<b>&lt;.0001</b>
P19. Conhece algum local de <b>tratamento ambulatorial</b> de adolescentes em uso de SPA?	69,7	<b>96,3*</b>	30,3	3,7	<b>&lt;.0001</b>
P20. Utiliza (passará a utilizar) critérios de <b>gravidade</b> para encaminhar os adolescentes?	33,3	<b>68,7*</b>	66,7	31,3	<b>&lt;.0001</b>

No Pré Teste, do total de 9 profissionais (7% dos participantes), que afirmaram conhecer instrumentos de triagem de uso de SPA específicos para adolescentes, apenas 8 citaram o nome dos instrumentos, sendo que 62,5% das citações não eram instrumentos de triagem específicos para essa faixa etária, ou são ações de intervenção ou achados clínicos (Tabela 22).



**Tabela 22. Pré Teste: Instrumento de triagem de uso de SPA específico para adolescentes conhecido pelos profissionais**

	(n=8)	(%)
Entrevista estruturada, questionários (“formulários direcionados”)	2	25,0
CRAFFT/CESARE	1	12,5
Protocolos do SUS	1	12,5
“Falando pra Galera (DST/Drogas)”	1	12,5
CAGE	1	12,5
Intervenção breve, entrevista motivacional	1	12,5
Alteração de enzimas hepáticas	1	12,5

**Tabela 23. Pós Teste: Instrumentos de triagem de uso de SPA específicos para adolescentes conhecidos pelos profissionais após a capacitação**

	(n=93)	(%)
CRAFFT/CESARE	91	98
Intervenção breve, entrevista motivacional	1	1
Alteração de enzimas hepáticas	1	1

No Pós Teste, 99 profissionais afirmaram conhecer instrumentos de triagem de uso de SPA específicos para adolescentes, o que representa 75% dos participantes. No entanto, 7% não apontou qual seria esse instrumento (Dado ausente=6). O CRAFFT/CESARE foi referido por 98% dos participantes no Pós Teste e 2% citaram ações e achados clínicos (Tabela 23).

Realizando um comparativo entre o Pré e Pós Teste foi possível observar um aumento expressivo das citações do CRAFFT/CESARE como instrumento de triagem de uso de SPA na adolescência (12,5% no Pré Teste e 98% no Pós Teste).

A pergunta 19, “*Você conhece algum local de tratamento ambulatorial para adolescentes em uso de álcool e drogas?*”, totalizou 87 respostas (Tabela 24). As mais frequentes foram: CAPS-AD Paulínia (antigo CRDQ) (75%), CAPS (6%), SMI (4%), CAPS Infantil (3%), CAPS-AD (3%) e Grupos de Mútua Ajuda (2%). Dos 13 locais apontados pelos participantes, apenas 38,4% (CAPS-AD/CRDQ Paulínia, CAPS-AD, CAPS Infantil, Unicamp e “Clínicas”) de fato atendem adolescentes em uso de SPA.

**Tabela 24. Pré Teste: Locais de tratamento para adolescentes em uso de SPA conhecidos pelos profissionais**

	(n=87)	(%)
CRDQ (CAPS-AD)	73	75
CAPS	6	6
SMI	4	4
CAPS Infantil	3	3
CAPS-AD	3	3
Grupos de mútua ajuda (AAA e NA)	2	2
CRIAD em SP	1	1
Bezerra de Menezes	1	1
Unicamp	1	1
CRIAD em SP	1	1
Clínicas, comunidades terapêuticas	1	1
Centro de Especialidades	1	1
Encaminharia para serviço médico que se encarregaria de encaminhar o caso	1	1

**Tabela 25. Pós Teste: Locais de tratamento para adolescentes em uso de SPA conhecidos pelos profissionais**

	(n=130)	(%)
CRDQ (CAPS-AD)	117	90
CAPS-AD	3	2,3
SMI	3	2,3
Saúde Mental	2	1,5
CAPS	1	0,8
UBS	1	0,8
Mini Grupo de Saúde Mental nas UBS	1	0,8
CRIAD em SP	1	0,8
CRAISA	1	0,8

No Pós Teste, a pergunta 19, obteve 130 respostas (Tabela 25). As mais frequentes foram: CAPS-AD Paulínia (antigo CRDQ) (90%), CAPS-AD (2,3%), SMI (2,3%), Saúde Mental (1,5%), CAPS (0,8%), UBS (0,8%) e Mini Grupo de Saúde Mental nas UBS (0,8%).

Comparando os dados obtidos no Pré e Pós Teste da pergunta 19 houve aumento das respostas que apontam o antigo CRDQ (atual CAPS-AD Paulínia) como local de tratamento para adolescentes em uso de SPA (90% Pós e 75% Pré Teste). Houve aumento das respostas que referem locais de tratamento que atendem adolescentes em uso de SPA (44,4% no Pós e 38,4% no Pré Teste).

No Pré Teste, o desdobramento da pergunta 20 (*“Quais são os critérios de gravidade utilizados para realizar os encaminhamentos dos adolescentes em uso de drogas para tratamento especializado?”*) obteve 61 respostas (Tabela 26). As mais frequentes foram: frequência do uso (11%), comorbidades (10%), critérios subjetivos (8%), impacto do uso (8%), tipo de SPA (8%), vulnerabilidades (8%), comportamento de risco (6%) e grau de dependência química (6%).

**Tabela 26. Pré Teste: Critérios de gravidade utilizados para realizar encaminhamentos dos adolescentes em uso de SPA para tratamento em serviços especializados**

	(n=61)	(%)
Frequência do uso	7	11
Comorbidades (clínicas e/ou psiquiátricas)	6	10
Critérios subjetivos	5	8
Impacto do uso (alteração no comportamento, no padrão de sono ou alimentação)	5	8
Tipo de SPA utilizada	5	8
Vulnerabilidades (sociais, econômicas, familiar)	5	8
Comportamento de risco	4	6
(Grau) Dependência química	4	6
Quantidade do uso	3	5
Faixa etária (uso precoce ou idade <ou= 14 anos)	2	3
Agressividade	2	3
Encaminhamento todos	2	3
Não tenho experiência	2	3
Queixa da família	1	2
CRAFFT/CESARE	1	2
Sinais de gravidade (usa sozinho, lapsos de memória)	1	2
Tempo de uso	1	2
Dificuldades escolares	1	2
Ausência de rede de apoio	1	2
Uso de qualquer SPA	1	2
Sufrimento	1	2
Gestação	1	2

No Pós Teste a pergunta 20 sobre os critérios de gravidade que os profissionais passarão a utilizar para realizar os encaminhamentos dos adolescentes para tratamento especializado obteve 109 respostas (Tabela 27), sendo as mais frequentes: utilização do CRAFFT/CESARE (23%), frequência do uso (18%), impacto do uso (8%) e sinais de gravidade (8%).

**Tabela 27. Pós Teste: Critérios de gravidade a serem utilizados para realizar encaminhamentos dos adolescentes em uso de SPA para tratamento em serviços especializados**

	(n=109)	(%)
Passarei a aplicar o CRAFFT/CESARE (CRAFFT $\geq$ 2)	25	23
Frequência do uso	20	18
Impacto do uso (alteração no comportamento, no padrão de sono ou alimentação)	9	8
Sinais de gravidade (usa sozinho, lapsos de memória)	9	8
Comportamento de risco	7	6
Quantidade do uso	7	6
Comorbidades (clínicas e/ou psiquiátricas)	6	5
Tipo de SPA utilizada	4	4
Faixa etária (uso precoce ou idade $\leq$ 14 anos)	3	3
Critérios subjetivos	3	3
Tempo de uso	3	3
Discussão do caso em equipe	2	2
Queixa da família	2	2
Queixa do adolescente	2	2
Adolescente que diga que já usou mesmo que seja pouco	1	1
Dificuldades escolares	1	1
Agressividade	1	1
Vulnerabilidades (sociais, econômicas, familiar)	1	1
Uso de múltiplas substâncias	1	1
(Grau) Dependência química	1	1
Não compreendeu a pergunta	1	1

Ao comparar o padrão de respostas da pergunta 20 no Pré e Pós Teste foi possível observar um aumento do número de respostas que apontam o CRAFFT/CESARE positivo como indicador de gravidade (2% no Pré e 22% no Pós Teste), a frequência do uso (11% no Pré e 18% no Pós Teste) e sinais de gravidade (2% no Pré e 8% no Pós Teste).

É importante ressaltar que parte considerável das dificuldades apontadas no PrT envolvia o despreparo com o tema (desconhecimento de critério e de roteiro específico para abordar o tema, falta de preparo e treinamento) e no PoT estas dificuldades praticamente desapareceram, permanecendo a falta de experiência e questões estruturais e de contexto da adolescência, além de ter havido aumento no número de profissionais que se consideraram sem dificuldade para realizar a abordagem.

Durante o treinamento os participantes foram orientados a aplicar o instrumento e, dentro do possível, enviar os testes, independentemente do resultado, para o pesquisador. Imediatamente após os treinamentos dentro das próprias UBS em 2016 o número de instrumentos enviados ao pesquisador aumentou consideravelmente. Muito

embora, apenas as mesmas duas unidades, denominadas UBS 1 e UBS 2, enviem o CRAFFT/CESARE regularmente. No período de junho a outubro de 2016 foram recebidas 45 escalas. Destas, duas com pontuação positiva e uma com indicação para encaminhamento para serviço especializado. Apenas 2 CRAFFT/CESARE foram aplicados incorretamente. Aproximadamente metade dos instrumentos com triagem negativa (Parte A negativa) foram aplicados além do necessário (Parte B de B2 a B6), mas ainda assim permaneceram negativos. O perfil dos adolescentes avaliados pelos profissionais após a capacitação pode ser visualizado na Tabela 28.

**Tabela 28. Perfil dos adolescentes que responderam o CRAFFT/CESARE após a capacitação**

<b>Variável</b>	<b>(n=63)</b>	<b>(%)</b>
Sexo		
Masculino	21	34
Feminino	42	66
Faixa Etária		
8-10 anos	11	18
11-13 anos	24	38
14-16 anos	26	41
17-18 anos	2	3
UBS de origem		
UBS 1	29	46
UBS 2	28	44
Dado ausente	6	10
Mês de envio do instrumento		
Maio	1	1
Junho	20	32
Julho	5	8
Agosto	9	14
Setembro	8	13
Outubro	20	32

Em 2016 foi disponibilizado para cada UBS um espaço aberto para discussões e matriciamentos relacionados as eventuais dificuldades surgidas durante o processo de triagem e abordagem dos adolescentes no tema SPA. Entretanto, inicialmente, apenas duas UBS manifestaram interesse, sendo, estas, as duas UBS que mandam regularmente as escalas ao pesquisador. Concretamente, apenas uma iniciou o processo formal de matriciamento. A cada encontro era levantada a demanda por parte dos profissionais e no mês seguinte eram realizadas as discussões. O Quadro 2 sintetiza as características desses encontros.

**Quadro 2. Matriciamento UBS**

<b>Data</b>	<b>Participantes</b>	<b>Área de atuação</b>	<b>Tema</b>	<b>Demanda</b>
09/08	4	3 médicos  1 técnico de enfermagem	-Entrevista Motivacional em adolescentes -Feedback dos casos encaminhados a SMI	Amamentação em vigência do uso de SPA e impactos ao bebê
02/09	4	3 médicos  1 assistente social	-Amamentação em vigência do uso de SPA e impactos ao bebê	Principais tipos de SPA utilizadas pelos adolescentes, efeitos e apresentações
21/10	15 Matriciamento “conjunto” (equipe de crianças e adolescentes + equipe de adultos)	Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistente social	- Principais tipos de SPA utilizadas pelos adolescentes, efeitos e apresentações	Sofrimento de familiares de adolescentes com dependência química
25/11	12 Matriciamento “conjunto” (equipe de crianças e adolescentes + equipe de adultos)	Médicos, assistentes sociais e psicólogo	-Feedback dos casos encaminhados a SMI -Discussão de caso (família disfuncional)	Cronograma de matriciamento para 2017

Diante da baixa adesão das UBS a proposta de matriciamento optou-se, em 2017, pelo agendamento com os coordenadores de cada unidade sobre data para discussão e apresentação da atividade de acompanhamento mensal da equipe que atende adolescentes. Foram visitadas sete UBS, destas, três manifestaram disponibilidade imediata para o agendamento de encontros mensais, enquanto as demais UBS ficaram de entrar em contato após reunião interna. Todavia, em função de mudanças no cenário político apenas a UBS que já estava participando do matriciamento pôde manter os encontros.

## 5- DISCUSSÃO COMPLEMENTAR

O padrão atual de uso de drogas lícitas e ilícitas pelos adolescentes brasileiros sugere que as estratégias que procuram impedir ou retardar o início do uso e/ou diminuir a gravidade e a intensidade das consequências decorrentes deste consumo tem sido insuficientes.<sup>11</sup> Sabe-se que as estratégias que visam a implementação e aperfeiçoamento de técnicas de rastreamento e de intervenção para os adolescentes em relação ao uso de SPA podem potencialmente reduzir a exposição a situações de risco, minimizar o impacto negativo das SPA em estágios críticos do desenvolvimento cerebral e interferir no risco de desenvolvimento futuro de transtornos por uso de substância.<sup>109</sup>

A abordagem do uso de SPA entre adolescentes deve ser realizada de forma integrada em diversos contextos sociais, com destaque para a escola, família, comunidade e ambientes de cuidado à saúde.<sup>8</sup> Dentre os ambientes de saúde, destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS), local chave para prevenção de agravos a saúde, detecção precoce e intervenção.<sup>17,110,111</sup> Nacionalmente, a estruturação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) proposta pelo Ministério da Saúde enfatiza que a localização física estratégica de cada UBS possibilita a programação de ações específicas às necessidades daquele território, estabelecimento de ações de promoção/prevenção da saúde, desenvolvimento de vínculo, o acesso facilitado a uma atenção à saúde qualificada de acordo com as demandas próprias da população adstrita em determinado território, como também proporciona a cada unidade uma boa compreensão do território e das condições de vida na região na qual estão inseridas, facilitando a adaptação da abordagem ao contexto do adolescente.<sup>62,111,112</sup>

O presente estudo elaborou um modelo de capacitação dos profissionais de saúde da APS para abordagem de adolescentes em uso de SPA, identificação e intervenção, em consonância tanto com as diretrizes e especificidades da PNAB como também com as recomendações de entidades internacionais de saúde.<sup>15,111</sup> Sendo assim, foi realizada a capacitação de 139 profissionais da rede pública do município de Paulínia/SP, correspondendo a mais de 60% dos profissionais da APS que atendem adolescentes para abordar o consumo de SPA em sua prática clínica cotidiana e avaliação dos conhecimentos, dificuldades e intenções de práticas antes e após o treinamento.

Objetivando a participação expressiva de profissionais nos dois momentos de



treinamentos, em 2015 e 2016, houve adequação do espaço e da duração dos encontros às limitações colocadas pelos gestores como o tempo dispendido no deslocamento dos funcionários e o prejuízo nos atendimentos rotineiros, objetivando uma otimização do tempo e dos recursos do município. Assim como outros estudos de capacitação na APS, o planejamento e a viabilização da capacitação foram facilitados ao trazer o gestor para compor junto aos pesquisadores a estruturação operacional dos encontros.<sup>90,91,113</sup> Desse modo, sugere-se que estudos de capacitação futuros adequem sua estrutura básica às necessidades locais e mantenham a inclusão dos gestores no processo de elaboração e execução logística do treinamento.<sup>113</sup>

Na ausência de material nacional disponível no recorte deste estudo, a saber, a formação de profissionais da APS em abordagem de uso de SPA por adolescentes realizado de forma breve, foi incluído neste projeto a descrição do desenvolvimento desse conteúdo (temas abordados, apostila, material digital e testes), com o objetivo de disponibilizá-lo para utilização em outros estudos ou capacitações. Poucos estudos descrevem a elaboração do material de capacitação, as dificuldades frente ao processo e a execução das ações nos treinamentos.<sup>114</sup> Em geral, relatam de maneira breve a metodologia, e a avaliação dos avanços por vezes não é realizada formalmente.<sup>113</sup> Na maior parte dos trabalhos o foco principal não é a capacitação em si, mas os resultados da aplicação de determinado instrumento e/ou intervenção, ou seja, não há uma valorização do modelo preparatório dos profissionais e das mudanças de atitude associadas a ele.<sup>70</sup> O modelo de capacitação proposto no presente estudo priorizou a disponibilização de informações, conceitos e ferramentas para que os profissionais da APS se sentissem motivados e confiantes sobre a importância de seu papel frente a abordagem da temática do uso de SPA lícitas e ilícitas nos atendimentos de adolescentes. A publicização do material poderá auxiliar os profissionais de saúde da APS na abordagem, detecção e definição da estratégia de intervenção a partir do resultado da triagem.<sup>17,67,74,75,89,113,115</sup>

De modo geral, houve mudanças positivas no tocante à aquisição de conhecimentos e na disposição de atuar na abordagem dos adolescentes. A pergunta aberta sobre os fatores de risco conhecidos pelos participantes destacou as dificuldades familiares como principal elemento de risco para uso de SPA por adolescentes, em consonância com estudo nacional sobre o tema.<sup>6</sup> Após a capacitação houve aumento das respostas que destacavam as características pessoais do adolescente como um dos

fatores de risco para o uso de SPA nessa fase do desenvolvimento, sugerindo um olhar mais ampliado do profissional a partir dos temas trabalhados na capacitação. Estudos corroboram que os profissionais ao identificarem de maneira aprofundada os fatores de risco de uso de SPA anteriormente não percebidos apresentam uma maior chance de reconhecimento de vulnerabilidades e utilização de estratégias preventivas destinadas a essa população.<sup>116</sup>

Em consonância com artigo nacional que realizou treinamento na APS,<sup>89</sup> após a capacitação houve aumento da compatibilidade com a literatura para as questões de conhecimento mais objetivo, ou seja, para as perguntas sobre gêneros com maiores taxas de uso na vida de álcool, uso na vida de SPA e escola, gênero e SPA de escolha, início do uso de SPA, conhecer fatores de risco, postura no 1º atendimento, impacto das orientações, IB e EM.

Houve mudanças positivas em conceitos na comparação das respostas do PrT e PoT, em consonância com as orientações mais atuais acerca das recomendações de rastreio e intervenções na APS.<sup>15,49,117</sup> Essa aquisição de conhecimento foi observada pelo aumento das respostas compatíveis com a literatura em relação aos dados epidemiológicos (taxa de uso na vida de álcool pelos adolescentes brasileiros, gênero com maiores taxas de uso na vida de álcool, uso na vida de SPA entre estudantes de escola privada e pública), percepção do impacto da ação do profissional no uso de SPA pelos adolescentes, conhecimento de que IB pode ser realizada em um atendimento, assim como a alteração do padrão de respostas sobre o conhecimento de fatores de risco. Ressalta-se que esse efeito positivo em relação ao conhecimento de IB também foi observado em outro estudo nacional de capacitação na APS.<sup>89</sup>

Assim como a literatura internacional, esse estudo constatou que a falta de tempo no atendimento é um dos principais fatores limitantes para a abordagem do uso de SPA por adolescentes.<sup>12,67,118</sup> Tal dificuldade foi apontada antes e após a capacitação, apesar do instrumento sugerido para utilização (CRAFT/CESARE) ser breve o suficiente para ser inserido na rotina de atendimento.<sup>12</sup> Desse modo, percebe-se que para melhor estruturar a triagem dos adolescentes é necessário lidar com as barreiras práticas, incluindo o tempo limitado de atendimento por parte dos profissionais. Sugere-se que estratégias, como a alteração da dinâmica dos serviços, poderia possibilitar, por exemplo, a aplicação do instrumento de triagem previamente aos atendimentos otimizando o tempo do profissional com cada adolescente. Além disso, ressalta-se a

importância da atuação de todos os profissionais na linha de cuidado do adolescente diluindo as responsabilidades entre os membros da equipe, até mesmo porque manejar um caso de triagem positiva frequentemente demanda, além de tempo, preparo e empenho do profissional.<sup>4,85,110,119</sup> A falta de treinamento, o manejo apropriado e a confidencialidade também foram destacadas como dificuldades pelos profissionais participantes do treinamento e são dados compatíveis com outros estudos.<sup>4,67</sup> Outro ponto de destaque como fator dificultador da abordagem do uso de SPA entre adolescentes foi a presença dos pais nos atendimentos. Muito embora a recomendação dos atendimentos com adolescentes seja a garantia de que ao menos uma parte da consulta seja desacompanhado, percebe-se que essa prática necessita ser reforçada e reassegurada no processo de treinamento de equipes da APS.<sup>14,56</sup> Especialmente em relação à triagem de uso de SPA na adolescência, sabe-se que ela é melhor executada quando conduzida sem a presença do responsável. Tanto os pais quanto os adolescentes devem ser informados sobre as questões da confidencialidade do setting de atendimento, incluindo os limites que irão justificar a continuação ou a quebra do sigilo.<sup>15,67</sup> Sugere-se que em capacitações futuras esse tópico seja mais valorizado e melhor explorado.

A baixa frequência de comparecimento dos adolescentes nas UBS também foi elencada como um fator que dificulta a abordagem dos adolescentes. Em contraponto, estudo apontou que, ao contrário do senso comum em que corriqueiramente é afirmado que o adolescente não frequenta as UBS e que não é receptivo às orientações globais de saúde, os adolescentes em uso de SPA procuram com maior frequência os atendimentos de APS do que aqueles sem uso,<sup>120</sup> sendo que entre os adolescentes que procuram atendimento para o problema de uso de SPA, 81% tiveram ao menos um atendimento na APS no ano anterior ao tratamento. Desse modo, durante os atendimentos as questões que motivaram a entrada no serviço podem proporcionar aos provedores de saúde uma porta para o acesso e discussão do uso de SPA. Acrescenta-se que a APS oferece acesso rápido e menos estigmatizante às ações iniciais de intervenção em adolescentes do que os serviços formais de tratamento de uso de SPA.<sup>105</sup> É fundamental que haja valorização dos profissionais da APS, assim como o treinamento qualificado e específico para identificar, realizar intervenções e encaminhar para os serviços disponíveis da rede de saúde de cada região.

A postura do adolescente no atendimento também foi apontada como um fator

que dificulta a abordagem do uso de álcool e outras SPA. Acrescenta-se a este dado que a maior parte dos comentários dos profissionais apontou as dificuldades pessoais como fator limitante na abordagem do uso de álcool e outras SPA entre adolescentes. Em consonância com esses resultados, estudos apontam que as crenças dos profissionais frente às questões que envolvem a temática de uso de SPA interferem na capacidade de intervenção e na ação dos mesmos nos momentos que seriam propícios para o ato, gerando maior ou menor resistência por parte do profissional.<sup>90</sup> Ou seja, treinamentos futuros deverão focar na redução das resistências pessoais dos profissionais na atuação preventiva do uso de SPA por adolescentes.

Observou-se que após a capacitação dos profissionais houve aumento expressivo na autopercepção de preparo para abordar o tema. Dados da literatura corroboram esse achado, como apontado em estudo nacional no qual também foi observado que o treinamento exerce papel essencial na motivação e preparo dos profissionais para realizar questionamentos e intervenções no viés álcool e outras SPA.<sup>91</sup>

As baixas taxas referidas pelos profissionais de sucesso na abordagem dos adolescentes em uso de SPA previamente à capacitação são compatíveis com demais estudos na área, onde foi observado um melhor desempenho nas abordagens entre os profissionais que passaram por algum tipo de treinamento estruturado.<sup>76,105,119</sup> Provavelmente, assim como em outro estudo, agrega-se também a essa baixa percepção de sucesso os sentimentos de pessimismo em relação à sua própria capacidade de ação.<sup>86</sup> Acredita-se que o presente estudo fortaleceu e agregou conhecimento ao introduzir ferramentas para que os profissionais tivessem maior autonomia, segurança e sucesso em suas práticas clínicas diárias. Deste modo, espera-se que após a capacitação os profissionais sintam-se mais aptos a realizar as intervenções com consequente percepção de maior sucesso.

Diante do exposto, percebe-se que as atividades futuras para implementação de mudanças na APS devem focar em como as atitudes e práticas dos profissionais de saúde são estruturadas, alteradas ou geradoras de resistência dentro do cotidiano clínico.<sup>90,121</sup>

Estudos nacionais em diversas áreas têm apontado as dificuldades em capacitar e, principalmente, realizar avaliação de mudanças relacionadas ao treinamento de profissionais da saúde, assim como a dificuldade em realizar indiretamente, através de

questionários, a aferição das mudanças obtidas.<sup>114,122</sup>

Embora a análise quantitativa de dados obtidos antes e após a capacitação indique o aprendizado de conteúdo, a aferição indireta dos efeitos da capacitação pode ser realizada tendo como norteamento o conceito de atitude, que pode ser definida como “Predisposição adquirida e duradoura que age sempre do mesmo modo diante de uma determinada classe de objetos, ou um persistente estado mental e/ou neural de prontidão para reagir diante de uma determinada classe de objetos, não como eles são, mas sim como são concebidos”.<sup>123</sup> Ao final da década de 50, o conceito de atitude começa a transitar pelo modelo tridimensional composto pelo elemento cognitivo, afetivo e conativo, no qual a interferência em algum dos fatores apresentaria potencial de mudança na atitude.<sup>87,124</sup>

À atitude acrescenta-se o conceito de intenção, o qual diz respeito à chance que uma pessoa tem de desempenhar um comportamento, ou seja, ter determinada atitude. Sua mensuração pode ser realizada através da chamada “força da intenção”, onde coloca-se um indivíduo ao longo de uma dimensão de ações de probabilidade subjetiva que envolva ele próprio e um determinando comportamento como, por exemplo, a intenção de perguntar ao adolescente sobre uso de álcool ou outras SPA, onde as respostas possíveis variam de “sempre” a “não perguntarei”.<sup>87</sup> Sendo assim, as perguntas do PoT sobre a intenção do profissional passar a perguntar sobre álcool, tabaco e outras SPA tiveram como proposta a avaliação do potencial de mudança do comportamento tendo como consequência a mudança de atitude.

Para essas questões, a intenção de mudança de postura nos atendimentos foi observada de maneira estatisticamente significativa para a pergunta sobre a prática cotidiana clínica de perguntar ao adolescente sobre o uso de álcool, sendo observado um aumento expressivo na intenção de sempre perguntar ao adolescente, sinalizando uma mudança de atitude dos profissionais após a capacitação, principalmente para aqueles que, anteriormente, através do informado no PrT, pouca ou nunca perguntavam ao adolescente sobre o uso de álcool. Esse dado positivo no tocante à mudança de atitude frente ao questionamento do uso de álcool não foi observada em outro estudo nacional, no qual as ações de detecção precoce do uso de álcool dentro da rotina mantiveram-se semelhantes após a capacitação.<sup>89</sup>

Apesar de não terem sido identificadas diferenças estatisticamente significativas no padrão das respostas sobre a intenção dos profissionais em perguntar sobre tabaco e outras SPA, é importante destacar que houve uma tendência positiva às mudanças de

atitude em relação as essas práticas de triagem no cotidiano diário observadas através do aumento das taxas de resposta “sempre” no PoT.

Outros estudos também mostraram que as dificuldades em implementar propostas inovadoras que potencialmente gerariam mudanças nas rotinas de trabalhos dos membros envolvidos estavam particularmente relacionadas aos fatores organizacionais e às atitudes e crenças pessoais dos membros envolvidos. Ou seja, as crenças e atitudes dos profissionais em relação aos usuários de SPA e as dificuldades pessoais que cada profissional possui para lidar com essa temática envolvem questões sociais e culturais que refletem nessa atitude de “não engajamento”.<sup>90</sup>

Particularmente em relação ao questionamento do uso de tabaco, esperava-se no presente estudo uma mudança de atitude mais significativa após a capacitação. Estudo de revisão indica e reforça que os treinamentos das equipes de saúde são essenciais para a prevenção do uso de tabaco nas mais diversas populações, sendo que foi observado que muitas vezes as informações sobre tabagismo não são fornecidas por profissionais da saúde, indicando uma lacuna na atuação preventiva.<sup>125</sup> Capacitações futuras deverão enfatizar as questões do uso do tabaco, a necessidade da investigação e os desdobramentos possíveis.

Estratégias de prevenção requerem uma mudança de paradigma, uma alteração do modo de pensar que vai além do modelo tradicional curativo, no qual há a espera pela completa instalação da doença para, então, realizar o chamado “tratamento baseado em evidência”. No entanto, a prevenção na infância e adolescência deve ter como norteamento a seguinte questão: “*O que será bom para essa criança em 5, 10 ou mais anos a contar de agora?*” e a partir desta reflexão deve ser construída a mobilização de estruturas e recursos rumo a esse objetivo. Um leque crescente de pesquisas de prevenção aponta para a necessidade da abordagem das questões de saúde mental e de uso de SPA na adolescência para garantir o desenvolvimento saudável dos jovens e, ao mesmo tempo, responder de forma precoce e eficaz às necessidades daqueles com alguma dificuldade no desenvolvimento.<sup>24,90</sup>

Os modelos mais atuais de formação de profissionais da APS para abordagem de adolescentes sobre o uso de álcool e outras substâncias estão incluindo de maneira mais ampliada os profissionais que potencialmente possam ter contato com os adolescentes.<sup>110,126</sup> Percebe-se que cada profissional da APS, mesmo dentro das particularidades de sua área, é fundamental na efetivação de ações preventivas e de intervenções específicas as demandas de cada adolescente.<sup>69</sup>

A capacitação proposta e efetuada neste trabalho valorizou a importância de cada um dos profissionais na linha de cuidado do adolescente. A participação das diversas categorias profissionais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e assistentes sociais foi significativa e, em algumas profissões, como no caso dos médicos (71% dos médicos da APS), superior a outros estudos nacionais, tanto com enfoque na capacitação para triagem e manejo de uso de SPA por adultos quanto por adolescentes, que contaram com baixa taxa de participação dessa classe de profissionais.<sup>91,113</sup> A taxa de participação da equipe de enfermagem também foi expressiva e muito semelhante ao encontrado em outro cenário de capacitação nacional.<sup>114</sup> Ressalta-se a participação de metade das assistentes sociais da APS, fato pouco observado na literatura nacional para esses moldes de capacitação.<sup>91</sup> Sendo assim, foi possível a realização de treinamento amplo que abrangeu número expressivo dos diversos profissionais da APS que atendem adolescentes.

Em consonância com a literatura internacional, a profissão teve pouco impacto no conhecimento prévio e na aquisição de conhecimento após a capacitação, sugerindo uma semelhante agregação de conteúdo e de possibilidade de realização de triagens e rastreamento entre os profissionais de saúde.<sup>110,126</sup> Dados da literatura corroboram que a profissão não influencia na efetividade das ações de intervenção breve (IB), como apontado em artigo de revisão sobre IB realizadas na atenção primária à saúde, onde não foram encontradas diferenças no desfecho final em relação ao profissional que a conduziu, ou seja, médicos, enfermeiros e demais profissionais das equipes desempenharam de maneira semelhante a intervenção. A conclusão foi de que independentemente do profissional que conduziu a intervenção, ela foi considerada eficaz.<sup>112</sup> Outro estudo internacional realizado em diferentes contextos clínicos também observou a efetividade da IB independentemente do profissional que a realiza (McCambridge et al, 2004). Acrescenta-se que alguns estudos encontraram taxas mais altas de implementação das técnicas de triagem e intervenção breve por profissionais não médicos e eficácia similar aos procedimentos realizados por médicos.<sup>126,128,129</sup>

Deste modo, a incorporação de outros profissionais na condução de investigação, avaliação e intervenção nos casos positivos está sendo cada vez mais considerada como uma alternativa apropriada, eficaz e economicamente viável em relação ao rastreamento e intervenções exclusivamente executadas por médicos; somado a isto percebe-se que este tipo de intervenção vem sendo bem aceita pelos

pacientes.<sup>126,130</sup>

Estudo que avaliou os fatores facilitadores e as barreiras para a incorporação do SBIRT na APS, com foco na população adulta, assim como as possibilidades da realização de intervenções por profissionais da saúde não médicos, apontou que independentemente de quem realizou a triagem e intervenção, para o paciente o que de fato facilitava o processo era que a equipe clínica enfatizasse que a triagem e a intervenção faziam parte do atendimento clínico de rotina para todos. Acrescenta-se que alguns pacientes mencionaram que poderiam ter se beneficiado desse rastreamento durante os períodos em que eles ou membros da família abusavam de SPA. Portanto, eles também observaram que a triagem sistemática e a intervenção poderiam ser um passo necessário para iniciar conversas importantes com indivíduos em risco sobre os efeitos do uso de substâncias na saúde.<sup>118</sup>

De modo geral, as características dos profissionais a saber; sexo, idade, tempo de formado e profissão tiveram pouco impacto nas variáveis “conhecimento prévio” (PrT) e “conhecimento adquirido” (PoT). Havendo pequenas variações, ainda que estatisticamente significativas, porém em número reduzido de questionamentos.

Houve influência da profissão no conhecimento prévio para médicos e acerca da abordagem do uso de SPA no primeiro atendimento e conhecimento de entrevista motivacional, podendo indicar uma formação técnica mais ampla desses profissionais. Notoriamente, ao longo dos últimos anos vem ocorrendo aperfeiçoamentos das grades curriculares do curso de graduação em medicina, objetivando a formação de médicos mais humanizados e engajados não apenas com a prevenção de agravos, mas especialmente formados para a promoção de saúde, fato que pode ter refletido nos resultados acima apontados.<sup>131,132</sup>

As profissões médico e enfermeiro tiveram relação com maior número de respostas compatíveis com a literatura após o treinamento no que diz respeito ao conhecimento de entrevista motivacional. Para a pergunta sobre a abordagem do uso de SPA no primeiro atendimento apenas a profissão de médico teve associação com padrão de respostas compatíveis com a literatura. Ou seja, para a profissão médico o conhecimento foi melhor antes do treinamento e manteve a aquisição positiva. No entanto, para o mesmo questionamento após a capacitação houve uma menor aquisição de conhecimento para as profissões técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Muito provavelmente este dado é reflexo da formação “clássica” dos profissionais de



saúde que permanece centrada no modelo curativo (saúde-doença), o qual pouco valoriza os fatores de risco, as atividades preventivas e as ações de promoção à saúde. Isso é particularmente real quando o paciente chega a um serviço de saúde com múltiplos problemas e o profissional precisa acessar as próprias ferramentas para atender a demanda. A postura e as ações tomadas durante o processo serão dependentes do entendimento do profissional sobre a situação global que poderá variar de acordo com o modelo prioritariamente utilizado (promoção da saúde ou paradigma curativo).<sup>90,113</sup>

O sexo masculino teve associação com padrão de *Acertos* no conhecimento prévio e posterior a capacitação no que diz respeito ao impacto das orientações do profissional nos atendimentos. Houve influência do sexo feminino na aquisição de conhecimento sobre gênero com maiores taxas de uso na vida de álcool. Ao contrário do presente estudo, pesquisas constataram que o sexo do profissional influenciava de maneira mais significativa em suas práticas de rastreamento, sendo as mulheres mais propensas a utilização de instrumentos de triagem e a realização de intervenções no cotidiano.<sup>4</sup>

Houve influência da idade no conhecimento prévio e após o treinamento para a epidemiologia do uso na vida de álcool pelos adolescentes, com associação de padrão de respostas compatíveis com a literatura entre os profissionais mais jovens. Estudos confirmam a associação entre idade e conhecimento/práticas clínicas e apontam que os profissionais de saúde mais jovens tendem a realizar mais triagens que os mais velhos.<sup>4</sup>

Ao realizar a comparação entre as diferenças nas taxas de acertos entre as capacitações em pequenos ou grandes grupos após a capacitação, observou-se maior aquisição de conhecimento da epidemiologia do uso na vida de álcool na adolescência para os profissionais que participaram da capacitação em grupos pequenos (2016), enquanto que a melhor aquisição de conhecimento sobre uso de SPA e escola foi mais observada após a capacitação em grupos maiores (2015). Ou seja, o número de participantes e a maior proximidade com o pesquisador, no caso dos grupos pequenos, teve pouco impacto na aquisição de conhecimento pelos participantes. Sendo assim, ao testar os dois formatos de capacitação, a saber grupos grandes e pequenos, é possível concluir que para este molde de formação de profissionais para abordagem do uso de SPA por adolescentes os resultados foram semelhantes, sugerindo a possibilidade de otimizar custos e tempo através da concentração de pessoas em grupos maiores de

formação. Os estudos nacionais com enfoque na capacitação de equipes da rede de APS para identificação e manejo dos usuários de SPA realizaram treinamentos com os mais variados tamanhos de grupo (4 a 113 profissionais participantes). No entanto, o enfoque final não foi o impacto do tamanho dos grupos na aquisição de conhecimento, dificultando comparações nesse aspecto.<sup>70,91</sup> Desse modo, sugere-se que em estudos futuros seja reavaliado o impacto na aquisição de conhecimento a partir dos tamanhos dos grupos possibilitando, por exemplo, otimizar o momento de treinamento através de concentrações grandes de profissionais.<sup>90,113</sup>

Alguns estudos sugerem que características pessoais dos profissionais como sexo, idade e experiência podem influenciar nas habilidades de intervenção e identificação de adolescentes em uso de SPA.<sup>4</sup> Porém, diversos estudos apontam que a profissão não influencia nos desfechos finais das ações de IB na APS, havendo desempenhos eficazes e muito semelhantes entre as categorias profissionais.<sup>112,127</sup> No presente estudo, as variáveis associadas aos profissionais, como sexo, idade, profissão e tempo de formado; e o tamanho dos grupos da capacitação influenciaram apenas em questões pontuais acerca de conhecimentos prévios e aquisição de conhecimentos após a capacitação. Em função disto, sugerimos que futuros treinamentos incluam profissionais de diversas formações, facilitando a operacionalização e permitindo trocas de conhecimento e experiências entre os diversos atores envolvidos no cuidado de adolescentes na APS.

Embora não tenha sido o foco principal deste estudo, visando ter uma ideia da incorporação da abordagem na rotina das Unidades, foi realizada uma etapa prospectiva, através do recebimento de questionários de rastreamento preenchidos e disponibilização de matriciamento nas Unidades. Observou-se que os instrumentos de triagem CRAFFT/CESARE recebidos pelo pesquisador no período dos treinamentos foram prioritariamente aplicados em adolescentes do sexo feminino. Esse dado não é compatível com estudos internacionais onde foi observado uma menor chance de triagem em adolescentes do sexo feminino em comparação aos do sexo masculino.<sup>4</sup> Provavelmente esse conflito de resultados ocorreu pela inclusão, no presente estudo, dos profissionais ginecologistas, além de ter sido muito salientando ao longo do treinamento o aumento do consumo de SPA pelas adolescentes no Brasil.

A faixa etária em que ocorreu maior triagem foi entre 14 e 16 anos, correspondendo a 41% do total de indivíduos, seguido pelos adolescentes entre 11 e 13

anos (38%). Houve praticamente uma equiparação na triagem dos adolescentes entre 11 e 16 anos. Muito embora outros estudos apontem a existência de uma maior chance de triagem em adolescentes mais velhos do que os mais jovens,<sup>4</sup> sugerindo que o treinamento influenciou positivamente na ação dos profissionais.

No entanto, o número de escalas enviadas ao pesquisador foi relativamente pequeno. Ressalta-se que tanto a aplicação do instrumento CRAFFT/CESARE, quanto seu envio eram optativos e isso pode ter influenciado na taxa de aplicação, fato que também ocorreu em outro estudo nacional.<sup>89</sup> Além disso, é possível que o profissional tenha aplicado o instrumento no cotidiano clínico e pela ausência de escalas suficientes no local de trabalho tenha reutilizado a mesma escala diversas vezes. Desse modo, sugere-se que em treinamentos futuros seja avaliado se há escalas suficientes em cada unidade de saúde e que a triagem seja realizada na sala de espera através do autopreenchimento, manual ou computadorizado, do CRAFFT/CESARE, possibilitando que o jovem inicie o atendimento com o instrumento preenchido, permitindo que o profissional realize as intervenções necessárias durante tempo com o adolescente.<sup>12,116</sup>

Outro fator que pode ter interferido no envio das escalas foi que o seguimento prospectivo no presente estudo foi insuficiente e abrangeu apenas uma UBS. É provável que o recurso do matriciamento propiciaria maior segurança e motivação para a realização de triagens, intervenções, somada a possibilidade da discussão dos resultados das escalas com o pesquisador.

A ideia geral do modelo de matriciamento, conhecido como “Apoio Matricial”, é oferecer uma rede de apoio técnico para os serviços de saúde tendo como foco as equipes da APS. Trata-se de um modo de produção de saúde construído a partir da interação entre duas ou mais equipes resultando em propostas de intervenção pedagógico-terapêuticas.<sup>133</sup> No modelo da Saúde Mental a temática do matriciamento é de assuntos interligados as demandas dessa esfera. Espera-se que a partir das discussões clínicas compartilhadas, ocorra gradativamente a instrumentalização das equipes interdisciplinares de cada UBS, gerando a condução ampliada dos processos de cada indivíduo e, no caso do presente estudo, realizar com maior segurança as intervenções e ações possíveis dentro da rede primária, além de encaminhar aqueles adolescentes que já vivenciam riscos associados ao uso de SPA para serviço especializado da rede municipal de saúde.<sup>133,134</sup> No entanto, o seguimento pós treinamento através desses moldes foi possível em somente uma UBS, em boa medida em função de questões

políticas locais, que promoveram remanejamentos de profissionais e resultaram em setores descobertos, impossibilitando o seguimento nas demais Unidades. As dificuldades para a realização do matriciamento neste trabalho são compatíveis com estudos realizados na mesma região em que foi realizado esse estudo, onde a escassez de profissionais na rede de APS somado à necessidade de apoio e do envolvimento do gestor para a viabilização e concretização do seguimento pós treinamento interferiram na implementação do modelo preventivo e de acompanhamento das equipes através do matriciamento.

Certamente, a mudança da lógica de trabalho envolve o contato constante e regular com as equipes objetivando a manutenção do espaço de discussão das técnicas, angústias e dificuldades individuais no processo.<sup>134</sup> Assim como em outros estudos, percebe-se que ainda que tenha ocorrido inicialmente a receptividade por parte dos gestores da saúde da incorporação das práticas preventivas nas rotinas dos serviços de saúde, não foi possível perceber um empenho efetivo em relação à garantia de implantação e seguimento das práticas propostas, vislumbrado especialmente na pouca articulação para incorporação do matriciamento em todas as UBS.<sup>113</sup> Deste modo, em conjunto com o gestor, considerando as questões políticas pouco favoráveis para a implementação das intervenções, considerou-se que o processo de matriciamento deveria ser reiniciado em momento futuro mais oportuno.

A despeito disto, foi realizada ampla capacitação de profissionais que atendem adolescentes, e observou-se grande interesse no tema e mudanças positivas na aquisição de conhecimentos de utilidade prática para as abordagens. Portanto, apesar das dificuldades de mensuração do impacto da capacitação no atendimento, este projeto foi de encontro às diretrizes que reforçam que os profissionais da APS têm a possibilidade de realizar o acompanhamento longitudinal das vidas de crianças e adolescentes e possuem uma posição muitas vezes privilegiada para influenciar e orientar as decisões no que diz respeito ao uso de SPA.<sup>67,135</sup>

## **5.1- LIMITAÇÕES**

As dificuldades operacionais e logísticas para a viabilização do processo de capacitação impuseram a necessidade de adaptações na estrutura do treinamento. A proposta inicial de 4 encontros que ocorreriam semanalmente, com objetivo de que simultaneamente a capacitação os profissionais pudessem efetivar as práticas aprendidas

e que a cada semana trouxessem as dúvidas e dificuldades enfrentadas no processo de incorporação no cotidiano, não pôde ser efetuada neste formato. As adaptações realizadas podem ter influenciado na implantação das novas práticas e na avaliação da mudança de comportamento do profissional, sendo possível no presente estudo, apenas, a mensuração da intenção de mudar.

Destaca-se o caráter subjetivo no agrupamento das respostas abertas sobre as dificuldades elencadas pelos profissionais. Diante da diversidade de respostas obtidas foi necessária a criação de categorias a posteriori pelas pesquisadoras. Embora o formato aberto possa ter dado liberdade ao profissional para descrever o que realmente dificultava suas ações frente a abordagem dos adolescentes acerca do uso de SPA, enriquecendo a compreensão sobre este tópico, impõe cautela na interpretação destes dados.

Embora tenha havido indicativos positivos sobre a aquisição de informações que auxiliam a abordagem dos adolescentes acerca do uso de SPA na APS, é necessário destacar que a ausência de instrumento validado de aferição de conhecimento pré e pós capacitação, indica cautela na interpretação dos achados e limita a comparabilidade com outros estudos.

Embora garantido o anonimato, a possibilidade de inibição pode ter superestimado o impacto do treinamento, particularmente no relato sobre as dificuldades após a capacitação, o que representa limitação na interpretação das informações.

A despeito da capacitação, algumas dificuldades permaneceram, ainda que em menor frequência. Notadamente a falta de tempo e volume de atendimentos foram dificuldades mantidas, assim como a baixa motivação de alguns profissionais para efetuar mudanças nas rotinas de atendimento. Ainda assim, novas dificuldades foram apontadas tais como incorporação da abordagem na rotina clínica, preocupação com o seguimento do adolescente e a influência do ambiente familiar. Consideramos que essas colocações indicam reflexão sobre o tema e inquietações salutares no processo de aprendizado e não devem ser tomadas como desestímulo a replicação e aprimoramento de futuras capacitações.

A impossibilidade do matriciamento mensal na maior parte das unidades de saúde prejudicou o seguimento longitudinal das equipes, interferindo na avaliação da incorporação cotidiana das abordagens propostas na capacitação.

Finalmente, estudos longitudinais são necessários para avaliar se o conhecimento adquirido repercute em ações incorporadas ao atendimento e, principalmente, se estas ações contribuem para mudanças no cenário atual de problemas relacionados ao uso de SPA nesta faixa etária.

## 6- CONCLUSÕES

- O material didático desenvolvido para a capacitação abrangeu tópicos relevantes no treinamento das diversas categorias profissionais participantes, dentre eles a epidemiologia do uso de SPA pelos adolescentes brasileiros, fatores de risco e proteção para o uso de SPA, desenvolvimento cerebral, abordagem do adolescente, utilização de instrumento de triagem de uso de SPA para adolescentes, utilização do fluxograma SBIRT, técnicas de Intervenção Breve, orientações sobre encaminhamentos e apresentação de locais de tratamento disponíveis dentro da rede de saúde local. Foram elaboradas apresentação multimídia, apostila, questionários avaliativos, além da tradução livre realizada pela autora do fluxograma SBIRT.
- A utilização da versão brasileira do instrumento CRAFFT/CESARE foi demonstrada nos treinamentos e sua aplicabilidade foi ressaltada e incentivada. Destacaram-se as características favoráveis do questionário para implementação e utilização no cotidiano clínico da APS, dentre elas a ausência de custo por direitos autorais, a rápida e fácil aplicação, a possibilidade de auto aplicação e a simples correção. Após a capacitação, mais de 80% dos participantes afirmaram passar a conhecer instrumento de triagem de uso de SPA específico para aplicação em adolescentes e o questionário CRAFFT/CESARE foi citado por 98% destes profissionais.
- Nos treinamentos foram descritas as intervenções possíveis a partir das repostas positivas e negativas ao questionário CRAFFT/CESARE, enfatizando a utilização do fluxograma SBIRT como norteador para tomada de decisões. Espera-se que, com a aquisição de conhecimento agregada e a autopercepção de preparo para realização de rastreamento e intervenções, os profissionais de fato incorporem em sua rotina as práticas aprendidas.
- A despeito de se tratar de município de médio porte, com rede de assistência composta por poucas unidades, parcela importante dos profissionais desconhecia os locais de tratamento para adolescentes em uso de SPA. No entanto, após a capacitação, mais de 90% dos profissionais passaram a conhecer a rede existente no município.
- A elaboração de instrumento de avaliação de conhecimento, baseado no conteúdo de cursos nacionais de referência na formação de recursos humanos

para lidar com dependência química e aplicado antes e após cada treinamento indicou, considerando as limitações já apontadas, ser possível a aferição do conhecimento prévio e a comparação com a aquisição de informações após a capacitação.

- Os dados do PrT sinalizaram para um déficit de conhecimento particularmente acerca dos dados epidemiológicos nacionais, e pouca retenção deste conteúdo. Após a capacitação, houve diferenças significativas na obtenção de informações sobre tópicos como gênero com maiores taxas de uso na vida de álcool e prevalência de consumo na vida de SPA entre os estudantes de escolas públicas e privadas. Ocorreu também melhora na crença de impacto positivo sobre as orientações do profissional de saúde apontada após a capacitação, além do aumento na auto percepção de preparo para abordar o tema. Houve expressivo crescimento na aquisição de conhecimentos nos itens que forneceram aos profissionais da APS ferramentas objetivas de abordagem. Entre elas, instrumento de triagem do uso de drogas por adolescentes; informações sobre os recursos do município para auxílio no cuidado aos adolescentes; critérios de gravidade baseados em fluxograma com boa aplicabilidade no cotidiano de atendimento e noções de IB.
- Houve impacto pouco expressivo das variáveis profissão, gênero, idade, tempo de formado e local de trabalho tanto no conhecimento prévio como posteriormente ao treinamento. Sugere-se que a capacitação da equipe como um todo é uma opção, além de exequível, adequada para a APS.
- As principais dificuldades apontadas pelos profissionais para abordagem de adolescentes em relação ao uso de SPA previamente a capacitação foram o despreparo para abordar o tema, a confidencialidade, dificuldades pessoais, falta de tempo nas consultas e desconhecimento dos locais de tratamento da rede municipal. Após a capacitação as principais dificuldades apontadas foram a falta de experiência e o tempo curto de consulta, apontando o potencial da capacitação na minimização de dificuldades formativas, e sua limitação para impactar em obstáculos operacionais.
- Houve indícios de intenção dos profissionais em modificar suas práticas clínicas no tocante a perguntar com maior frequência aos adolescentes sobre uso de



álcool e tabaco. Porém, o seguimento das equipes foi insuficiente, não permitindo avaliar a efetivação das intenções dos profissionais.

## 7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- van Weelden M, Lourenço B, Viola GR, Aikawa NE, Queiroz LB, Silva CA. Substance use and sexual function in juvenile idiopathic arthritis. *Rev. Bras. Reumatol.* 2016;5(4):323-329. doi:10.1016/j.rbre.2016.02.007.
- 2- van Weelden M, Lourenço B, Viola GR, Aikawa NE, Queiroz LB, Silva CA. Substance use and sexual function in juvenile idiopathic arthritis. *Rev. Bras. Reumatol.* 2016;5 6(4):323–329.doi:10.1016/j.rbre.2016.02.007.
- 3- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Bebidas alcoólicas são PREJUDICIAIS à saúde da criança e do adolescente. Manual de Orientação. Departamento Científico de Adolescência. 2017;2:1-20.
- 4- Sterling S, Kline-Simon AH, Wibbelsman C, Wong A, Weisner C. Screening for adolescent alcohol and drug use in pediatric health-care settings: predictors and implications for practice and policy. *Addict Sci Clin Pract.* 2012 Aug 16;7:13. doi: 10.1186/1940-0640-7-13.
- 5- Pinsky I, Bessa MA. Adolescência e drogas. São Paulo: Contexto; 2009.
- 6- Cerutti F, Ramos SP, Argimon IIL. A implicação das atitudes parentais no uso de drogas na adolescência. *Acta.colomb.psicol.* 2015;18(2):173-181. doi:10.14718/ACP.2015.18.2.15.
- 7- Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento Humano. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- 8- Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- 9- Birman J. Adolescência sem fim? Peripécias do sujeito num mundo pós-edipiano. In: Marta Rezende Cardoso e François Marty. (Org.). Destino da Adolescência. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007.
- 10- Pechansky F, Szobota CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(Supl I):14-17.
- 11- Arnaud N, Baldus C, Elgán TH, Paepe N, Tønnesen H, Csémy L, Thomasius R. Effectiveness of a Web-Based Screening and Fully Automated Brief Motivational Intervention for Adolescent Substance Use: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 2016 May; 18(5): e103. doi: 10.2196/jmir.4643.
- 12- Harris SK, Knight JR, Van Hook S, Sherritt L, Brooks T, Kulig JW, et al. Adolescent substance use screening in primary care: Validity of computer self-

- administered versus clinician-administered screening. *Subst Abus.* 2016;37(1):197-203. doi: 10.1080/08897077.2015.1014615.
- 13- Moyer VA. Primary care behavioral interventions to reduce illicit drug and nonmedical pharmaceutical use in children and adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement (USPSTF). *Ann Intern Med.* 2014;160:634–639. doi: 10.7326/M14-0334.
  - 14- Phillips NL, Milne B, Silsbury C, Zappia P, Zehetner A, Klineberg E, et al. Addressing adolescent substance use in a pediatric health-care setting. *J Paediatr Child Health.* 2014 Sep;50(9):726-31. doi: 10.1111/jpc.12622.
  - 15- American Academy of Pediatrics (AAP). Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians. *Pediatrics.* 2011;128(5):1330-1340. (ISSN: Print, 0031-4005; Online, 1098-4275).
  - 16- Hassan A, Harris SK, Sherritt L, Hook SV, Brooks T, Carey P, et al. Primary Care Follow-up Plans for Adolescents With Substance Use Problems. *Pediatrics.* 2009 July; 124(1): 144–150. doi:10.1542/peds.2008-2979.
  - 17- Ryan SA, Ammerman SD. AAP Committee On Substance Use And Prevention. Counseling Parents and Teens About Marijuana Use in the Era of Legalization of Marijuana. *Pediatrics.* 2017;139(3):e20164069.
  - 18- Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Laranjeira R, Caetano R. Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. *Rev Brasil Psiqu.* 2010;32(3):242-49.
  - 19- Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1124:111-26.
  - 20- Yurgelun-Todd D. Emotional and cognitive changes during adolescence. *Current Opinion in Neurobiology* 2007;17:251–257.
  - 21- Galvan A, Hare TA, Parra CE, Penn J, Voss H, Glover G, et al. Earlier Development of the Accumbens Relative to Orbitofrontal Cortex Might Underlie Risk-Taking Behavior in Adolescents. *Journal of Neuroscience,* 2006,26(25):6885–6892.
  - 22- Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006 Jul;160(7):739-46. doi: 10.1001/archpedi.160.7.739.
  - 23- Costello EJ. Early Detection and Prevention of Mental Health Problems: Developmental Epidemiology and Systems of Support. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2016 Nov-Dec;45(6): 710-717. doi: 10.1080/15374416.2016.1236728.

- 24- National Institute of Medicine. Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. Committee on Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions. Washington, DC: The National Academies Press. 2009.
- 25- Schwinn TM, Schinke SP, Trent DN. Substance Use among Late Adolescent Urban Youths: Mental Health and Gender Influences. *Addict Behav.* 2010 January;35(1): 30–34. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.08.005.
- 26- Barkus E, Murray RM. Substance use in adolescence and psychosis: clarifying the relationship. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6:365-89. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131220.
- 27- Jones HJ, Gage SH, Heron J, Hickman M, Lewis G, Munafò MR, et al. Association of Combined Patterns of Tobacco and Cannabis Use in Adolescence With Psychotic Experiences. *JAMA Psychiatry.* 2018 Mar 1;75(3):240-246. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4271.
- 28- Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet.* 2007 Jul 28;370(9584):319-28. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61162-3.
- 29- Bechtold J, Simpson T, White HR, Pardini D. Chronic Adolescent Marijuana Use as a Risk Factor for Physical and Mental Health Problems in Young Adult Men. *Psychol Addict Behav.* 2015 August 3;29(3):552-63. doi: 10.1037/adb0000103.
- 30- Winstanley EL, Steinwachs DM, Stitzer ML, Fishman MJ. Adolescent Substance Abuse and Mental Health: Problem Co-Occurrence and Access to Services. *J Child Adolesc Subst Abuse.* 2012 Jul 1;21(4):310-322.
- 31- Johnston LD, O'Malley PM, Miech RA, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2015: Overview, key findings on adolescent drug use. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan. 2017.
- 32- World Health Organization (WHO). Global status report: alcohol and young people. Geneva: 2001.
- 33- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report, 2013. ISBN: 978-92-1-148273-7.

- 34- ESPAD Group (2016). ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Publications Office of the European Union. Luxembourg, 2016. doi:10.2810/564360.
- 35- Pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE): 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2016.132 p.Convênio: Ministério da Saúde, com apoio do Ministério da Educação. ISBN 978-85-240-4387-1.
- 36- Carlini EA, Noto AR, Sanchez ZM. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras: 2010. São Paulo: Centro Brasileiro de informações sobre Drogas psicotrópicas, UNIFESP; 2010.
- 37- Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras: 2004. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas psicotrópicas, São Paulo, SP; 2005.
- 38- Galduróz JCF; Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, São Paulo, SP; 1997.
- 39- Galduróz JCF, D’Almeida V, Carvalho V, Carlini EA. III Levantamento Sobre o Uso de Drogas Entre Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras, 1993. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP; 1994.
- 40- Carlini EA, Carlini-Cotrim BHRS, Silva Filho AR. II Levantamento Nacional sobre o Uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1º e 2º Graus - 1989. 1. ed. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, 1991.
- 41- Carlini-Cotrim B, Carlini EA, Silva-Filho AR, Barbosa MTS. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. In: Consumo de Drogas Psicotrópicas no Brasil em 1987. Centro de Documentação. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 1989.
- 42- Madruga CS, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Zaleski M, Ferri CP. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil - a national survey. *Addict Behav.* 2012;37(10):1171-5.

- 43- Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, Mitsuhiro SS. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP; 2014. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>.
- 44- Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of Cocaine Use in Brazil: Data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). *Addict Behav* 2014;39(1):297-301.
- 45- Romano M, Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):495-501.
- 46- Brasil. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007; Brasília, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm#art79](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art79).
- 47- Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990; Brasília, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm).
- 48- Pereira BAAX, Azevedo RCS, Carneiro MV, Carrilli NM, Leonardo AM. Uso de Drogas e Adolescência: sobre quem estamos falando? Perfil dos adolescentes atendidos no Centro de Referência em Dependência Química da Prefeitura Municipal de Paulínia. In: *Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria*; 2014 out 15-18; Brasília, Brasil: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2014.
- 49- AAP Committee on substance use and prevention. Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. *Pediatrics*. 2016;138(1):e20161210.
- 50- Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT Substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002; 156:607-614.
- 51- Elster A, Kuznets N, eds. *Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS)*. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1994.
- 52- Kulig JW; American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. *Pediatrics*. 2005;115(3):816–821. DOI: 10.1542/peds.2004-2841.
- 53- Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Bilt JV, Shaffer HJ. A New Brief Screen for Adolescent Substance Abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999 Jun;153(6):591-596.

- 54- Ministério da Saúde do Brasil. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- 55- Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo básico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
- 56- Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
- 57- Shrier LA, Harris SK, Kurland M, Knight JR. Substance Use Problems and Associated Psychiatric Symptoms Among Adolescents in Primary Care. *Pediatrics*. 2003 Jun;111(6 Pt 1):e699-705.
- 58- McNeely J, Strauss SM, Saitz R, Cleland CM, Palamar JJ, Rotrosen J, et al. A brief patient self-administered substance use screening tool for primary care: two-site validation study of the Substance Use Brief Screen (SUBS). *Am J Med*. 2015 July; 128(7): 784.e9–784.e19. doi:10.1016/j.amjmed.2015.02.007.
- 59- Pereira BAAX, Schram PFC, Azevedo RCS. *Ciênc. Saude Colet*. 2016 Jan;21(1):91-99. doi: 10.1590/1413-81232015211.05192015.
- 60- Carraro TE, Rassool GH, Luis MAV. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no sul do brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005;13(spe):863-71.
- 61- D'Amico EJ, Parast L, Meredith LS, Ewing BA, Shadel WG, Stein BD. Screening in Primary Care: What Is the Best Way to Identify At-Risk Youth for Substance Use?. *Pediatrics*. 2016 Dec;138(6):e20161717. doi:10.1542/peds.2016-17.
- 62- Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Albuquerque RA. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde *Psicol Estud*. 2014;19(2):223-233. doi:10.1590/1413-737222025006.
- 63- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment: What Is SBIRT? Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment; 2009.
- 64- Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde na escola. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

- 65- Grossman E, Ruzany MH, Taquette SR. A consulta do adolescente. *Adolesc Saude*. 2004;1(1):9-13.
- 66- Morais NA, Morais CA, Reis S, Koller SH. Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. *Psicol. Soc*. 2010;22(3):507-518.
- 67- Harris SK, Louis-Jacques J, Knight JR. Screening and brief intervention for alcohol and other abuse. *Adolesc Med State Art Rev*. 2014 Apr;25(1):126-56.
- 68- Cavalcante MBP, Alves MDS, Barroso MGT. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008 Set; 12(3):555-59.
- 69- Alayan N, Shell L. Screening adolescents for substance use: The role of NPs in school settings. *Nurse Pract*. 2016 May 19;41(5):1-6. doi: 10.1097/01.NPR.0000482380.82853.c0.
- 70- De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(3): 305-13.
- 71- Werch CE, Carlson JM, Pappas DM, Edgemon P, Di Clemente CC. Effects of a brief alcohol preventive intervention for youth attending school sports physical examinations. *Subst Use Misuse* 2000 Feb;35(3):421-32.
- 72- Miller WR, Rollnick S. Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- 73- Harris SK, Johnson JK, Sherritt L, Copelas S, Rappo MA, Wilson CR. Putting Adolescents at Risk: Riding With Drinking Drivers Who Are Adults in the Home. *J Stud Alcohol Drugs*. 2017 Jan;78(1):146-151.
- 74- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: Practitioner's Guide. Washington, DC: National Institutes of Health, Department of Health and Human Services; 2011.
- 75- Levy S, Sherritt L, Gabrielli J, Shrier LA, Knight JR. Screening adolescents for substance use-related high-risk sexual behaviors. *J Adolesc Health*. 2009;45(5):473-477.
- 76- Sterling S, Kline-Simon AH, Satre DD, Jones A, Mertens J, Wong A, et al. Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Adolescents in Pediatric Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *JAMA Pediatr*. 2015 Nov;169(11):e153145. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.3145.



- 77- Newton AS, Dong K, Mabood N, Ata N, Ali S, Gokiart R, et al. Brief emergency department interventions for youth who use alcohol and other drugs: a systematic review. *Pediatr Emerg Care*. 2013;29(5):673-684.
- 78- Yuma-Guerrero P, Lawson K, Velasquez M, et al. Screening, brief intervention and referral for alcohol use in adolescents: a systematic review. *Pediatrics*. 2012 Jul;130(1):115-122. doi: 10.1542/peds.2011-1589.
- 79- Fachini A, Aliane PP, Martinez EZ, Furtado EF. Efficacy of brief alcohol screening intervention for college students (BASICS): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012;7:40.
- 80- Spirito A, Monti PM, Barnett NP, et al. A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *J Pediatr*. 2004;145(3):396-402.
- 81- Monti PM, Colby SM, Barnett NP, et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(6):989-994.
- 82- Mitchell S, Gryczynski J, O'Grady K, Schwartz R. SBIRT for adolescent drug and alcohol use: current status and future directions. *J Subst Abus Treat*. 2013;44(5):463-472.
- 83- Agerwala S, McCance-Katz E. Integrating screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) into clinical practice settings: a brief review. *J Psychoactive Drugs*. 2012;44(4):307-317.
- 84- D'Souza-Li L, Harris SK. The future of screening, brief intervention and referral to treatment in adolescent primary care: research directions and dissemination challenges. *Curr Opin Pediatr*. 2016 Aug;28(4):434-40. doi: 10.1097/MOP.0000000000000371.
- 85- Van Hook S, Harris SK, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kuling J, et al. The "Six T's": Barriers to Screening Teens for Substance Abuse in Primary Care. *J Adolesc Health*. 2007 May;40(5):456-461.
- 86- Burke PJ, O'Sullivan J, Vaughan BL. Adolescent substance use: brief interventions by emergency care providers. *Pediatr Emerg Care*. 2005 Nov;21(11):770-6.
- 87- Lima VML, D'Amorim MA. A relação atitude-comportamento à luz da Teoria da Ação Racional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 1986 Abr;38(1):133-142. ISSN 0100-8692.

- <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/19238>>. Acesso em: 18 Jun. 2018.
- 88- Freitas IA, Borges-Andrade JE. Construção e validação de Escala de Crenças sobre o Sistema Treinamento. *Estudos de Psicologia*. 2004; 9(3): 479-488.
  - 89- Ronzani TM, Castro PM, Formigoni MLOS. Avaliação de um processo de implementação de práticas de prevenção ao uso de risco de álcool entre agentes comunitários de saúde. *HU Revista*. 2008 Jan/Mar;34(1):9-18.
  - 90- Amaral B, Ronzani TM, Souza-Formigoni MLO. Process evaluation of the implementation of a screening and brief intervention program for alcohol risk in primary health care: An experience in Brazil. *Drug and Alcohol Ver*. 2010 Mar;29(2):162-8. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00120.x.
  - 91- Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Rev. Saúde Pública*. 2009 Aug;43(supl. 1):51-61. doi: 10.1590/S0034-89102009000800009.
  - 92- Tossman, P, Kasten L, Lang P, Strüder E. Bestimmung der konkurruentenValidität des CRAFFT-d [Determination of the concurrent validity of the CRAFFT-d - a screening instrument for problematic alcohol consumption]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2009;37(5):451-459.
  - 93- Bertini MC, Busaniche J, Baquero F, Eymann A, Krauss M, Paz M, et al. Transcultural adaptation and validation of the CRAFFT as a screening test for problematic alcohol and substance use, abuse and dependence in a group of Argentine adolescents. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(2):114-118.
  - 94- Cote-Menendez M, Uribe-Isaza MM, Prieto-Suárez E. Validación para Colombia de la escala CRAFFT para tamización de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Rev. Salud Pública* 2013;15 (2): 220-232.
  - 95- Skogen JC, Bøe T, Knudsen AK, Hysing M. Psychometric properties and concurrent validity of the CRAFFT among Norwegian adolescents. *Ung@hordaland, a population-based study. Addict Behav* 2013;38(10):2500-5.
  - 96- Subramaniam M, Cheok C, Verma S, Wong J, Chong SA. Validity of a brief screening instrument-CRAFFT in a multiethnic Asian population. *Addict Behav* 2010;35(12):1102-4.
  - 97- Karila L, Legleye S, Beck F, Corruble E, Falissard B, Reynaud M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usagenocif d'alcool et de cannabis dans la population générale: le CRAFFT-ADOSPA [Validation of a questionnaire to screen for harmful

- use of alcohol and cannabis in the general population: CRAFFT-ADOSPA]. *Presse Med* 2007;36(4 Pt 1):582-90.
- 98- Kandemir H, Aydemir Ö, Ekinçi S, Selek S, Kandemir SB, Bayazit H. Validity and reliability of the Turkish version of CRAFFT Substance Abuse Screening Test among adolescents. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:1505-9.doi:10.2147/NDT.S82232.
  - 99- Knight JR, Harris S, Sherritt L, Hook SV, Lawrence N, Brooks T, et al. Prevalence of positive abuse screen results among adolescents primary care patients. *Arch Pediatr and Adolesc Med*. 2007;161(11):1035-1041.
  - 100- Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Curr Drug Abuse Rev* 2011;4(1):57-64.
  - 101- American Psychiatric Association (APA). *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014
  - 102- World Health Organization (WHO). *International Classification of Disease for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11)*. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> . Acesso em: 18 Jun. 2018.
  - 103- Mitchell SG, Kelly SM, Gryczynski J, Myers CP, O'Grady KE, Kirk AS, et al. The CRAFFT cut-points and DSM-5 criteria for alcohol and other drugs: A re-evaluation and re-examination. *Subst Abus*. 2014;35(4):376-80. doi: 10.1080/08897077.2014.936992.
  - 104- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). *The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA; 2014.
  - 105- Sterling S, Valkanoff T, Hinman A, Weisner C. Integrating Substance Use Treatment Into Adolescent Health Care. *Curr Psychiatry Rep*. 2012 Oct;14(5): 453–461. doi: 10.1007/s11920-012-0304-9.
  - 106- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Guia do Estudante - SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.
  - 107- Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD). *Curso de Especialização em Dependência Química UNIAD/UNIFESP. Conteúdo programático*. 2018.
  - 108- Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial /*


- Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); 2004.
- 109- Mitchell SG, Schwartz RP, Kirk AS, Dusek K, Oros M, Hosler C, et al. SBIRT Implementation for Adolescents in Urban Federally Qualified Health Centers. *J Subst Abuse Treat.* 2016 Jan; 60:81–90. doi:10.1016/j.jsat.2015.06.011.
  - 110- Hargraves D, White C, Frederick R, Cinibulk M, Peters M, Young A, et al. Implementing SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) in primary care: lessons learned from a multi-practice evaluation portfolio. *Public Health Rev.* 2017;38: 31. doi: 10.1186/s40985-017-0077-0.
  - 111- Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). ISBN 978-85-334-1939-1.
  - 112- Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2007 Jul-Set;16(3):207-220.
  - 113- Costa PHA, Mota DCB, Cruvinel E, Paiva FS, Ronzani TM. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(5):325–31.
  - 114- Botega NJ, Reginato DG, Silva SV, Cais, CFS, Rapeli CB, Mauro MLF, et al. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005;27(4):315-318.
  - 115- Schram P, Harris SK, Van Hook S, et al. Implementing adolescent SBIRT education in a pediatric residency curriculum. *Subst Abus.* 2015;36(3):332–338.
  - 116- Anand V, Carroll AE, Downs SM. Automated Primary Care Screening in Pediatric Waiting Rooms. *Pediatrics.* 2012 May;129(5):e1275–e1281. doi: 10.1542/peds.2011-2875.
  - 117- Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents [pocket guide].* 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017.
  - 118- Rahm AK, Boggs JM, Martin C, Price DW, Beck A, Backer TE, et al. Facilitators and Barriers to Implementing Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) in Primary Care in Integrated Health Care Settings. *Subst Abus.* 2015;36(3):281-8. doi: 10.1080/08897077.2014.951140.

- 119- Pilowsky DJ, Wu LT. Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: a literature review. *Addict Behav.* 2013 May;38(5):2146-53. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.01.015.
- 120- Freeborn DK, Polen MR, Mullooly JP. Adolescent drug misuse treatment and use of medical care services. *Int J Addict.* 1995 May;30(7):795–822.
- 121- Rapley T, May C, Frances KE. Still a difficult business? Negotiating alcohol-related problems in general practice consultations. *Soc Sci Med.* 2006 Nov;63(9):2418-28. doi:10.1016/j.socscimed.2006.05.025.
- 122- Cais CFS. Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP. Tese (doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2011.
- 123- Organização Panamericana da Saúde (OPAS) / Organização Mundial da Saúde (OMS). Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Descritores em Ciências da Saúde.* Edição 2018, Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em: 3 jul. 2018.
- 124- Rose N. Psicologia como uma ciência social. *Revista Psicologia & Sociedade.* 2008;20(2):5-9.
- 125- Carmo HO, Santos GT. Atuação do enfermeiro frente às estratégias do programa nacional de controle ao tabagismo. *Revista Rede de Cuidados em Saúde.* 2016;10(3):1-16. ISSN-1982-6451.
- 126- Mertens JR, Chi FW, Weisner CM, Satre DD, Ross TB, Allen S, et al. Physician versus non-physician delivery of alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in adult primary care: the ADVISE cluster randomized controlled implementation trial. *Addict Sci Clin Pract.* 2015 Nov 19;10:26. doi: 10.1186/s13722-015-0047-0.
- 127- McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction.* 2004;99:39–52.
- 128- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Dauser D, Burleson JA, Zarkin GA, Bray J. Brief interventions for at-risk drinking: patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol Alcohol.* 2006;41(6):624–31.

- 129- Babor TE, Higgins-Biddle J, Dauser D, Higgins P, Burleson JA. Alcohol screening and brief intervention in primary care settings: implementation models and predictors. *J Stud Alcohol*. 2005 May;66(3):361–8.
- 130- Georgeu D, Colvin CJ, Lewin S, Fairall L, Bachmann MO, Uebel K, et al. Implementing nurse-initiated and managed antiretroviral treatment (NIMART) in South Africa: a qualitative process evaluation of the STRETCH trial. *Implement Sci*. 2012;7:66.
- 131- Pícoli RP, Domingo ALA, Santos SC, Andrade AHG, Araújo CAF, Kosloski RMM, et al. Competências Propostas no Currículo de Medicina: Percepção do Egresso. *Rev. bras. educ. med.* 2017;41(3):364-371. ISSN 0100-5502. doi:10.1590/1981-52712015v41n3rb20160027.
- 132- Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº.4, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União* 09 nov 2001; Seção 1.
- 133- Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester DA, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida NS, et al. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. 1ª. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde / Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236p.
- 134- Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(1):129-138. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232009000100018.
- 135- Levy S, Weiss R, Sherritt L, Ziemnik R, Spalding A, Van Hook S, et al. An Electronic Screen for Triaging Adolescent Substance Use by Risk Levels. *JAMA Pediatr*. 2014 Sept;168(9): 822–828. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.774.

## 8- ANEXOS

### ANEXO 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

	<b>FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS</b> <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Fone: (19) 3521-8936</b>
---	---

**Projeto: Capacitação da rede de atenção primária à saúde de Paulínia para identificação e abordagem do uso de drogas por adolescentes**

**Responsável: Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira**

#### 1. Informação

O uso de drogas psicoativas lícitas (álcool, tabaco e alguns medicamentos) e ilícitas (maconha, cocaína, crack, ecstasy, entre outras) tem sido objeto de preocupação de toda a sociedade. O uso destas substâncias é especialmente preocupante na adolescência, período de grande vulnerabilidade do ponto de vista físico, psíquico e social. A possibilidade de identificar precocemente o uso e realizar intervenções visando a interrupção da progressão do consumo são de grande importância. Nesse sentido a utilização de instrumentos que podem ser incorporados na rotina dos atendimentos, e que possibilitem abordagens durante as consultas pode permitir a identificação precoce, realização de intervenções breves e encaminhamentos necessários de acordo com a gravidade do quadro. Os espaços destinados a saúde são um potencial local de abordagens preventivas e de intervenção.

**Os objetivos desta pesquisa são:**

- Apresentar aos profissionais da saúde (médicos pediatras, ginecologistas e clínicos gerais), assistentes sociais e enfermeiros da atenção primária à saúde o panorama atual de uso de SPA pelos adolescentes brasileiros.
- Realizar a capacitação destes profissionais para utilização de instrumento de triagem denominado CRAFFT/CESARE.
- Realizar a classificação de gravidade e encaminhamentos quando necessário.
- Descrever as intervenções possíveis de serem realizadas a partir das respostas ao instrumento CRAFFT/CESARE.
- Realizar os encaminhamentos para serviços disponíveis na rede para tratamento especializado de uso de SPA por adolescentes nos casos de maior gravidade.

#### Procedimento

A capacitação será realizada em 4 encontros de 60 minutos a serem definidos pela coordenação da UBS. A avaliação do conteúdo apreendido será anônima, não havendo possibilidade de identificação dos profissionais da saúde.

Se você não concordar em participar da pesquisa, há garantia de que não haverá qualquer prejuízo decorrente desta recusa.

#### 2. Certificado de consentimento

Li e compreendi as informações acima e estou ciente que as informações do questionário são confidenciais. A informação dada será codificada e tratada da mesma maneira que um registro médico.

Será entregue uma cópia desse termo para o participante.

Para contato com os pesquisadores responsáveis: Renata Azevedo (19-35217206) e Bruna Pereira (19-3874-4368 ou 3874-4239)

Nome do profissional \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

## ANEXO 2- Apresentação multimídia



**Capacitação da rede de atenção primária à saúde de Paulínia para identificação e abordagem de adolescentes em uso de drogas**



Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira  
Psiquiatra da infância e adolescência – Unicamp  
Mestra em Ciências Médicas – Unicamp  
Especialista em Dependência Química – Unifesp  
Médica do CRDQ e SMI – Paulínia


### AGENDA

- ❖ Adolescência
- ❖ Desenvolvimento neurológico
- ❖ Epidemiologia do uso de SPA na adolescência
- ❖ Prevenção e identificação do uso
- ❖ Abordagem

### ADOLESCÊNCIA

❖ **Definição** (idade cronológica):

- OMS: 10 – 20 anos
- **ECA: 12 – 18 anos**
- ONU: 15 – 24 anos



Schoen-Ferreira et al, 2010; Eisenstein et al, 2005; WHO, 1996

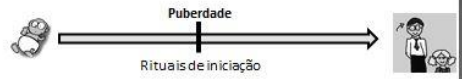
### ADOLESCÊNCIA

❖ Conceito de adolescência é um constructo **recente**

❖ 1918 e 1939: primeiros relatos sobre o termo

❖ Envolve o desenvolvimento:

- ✓ Físico
- ✓ Psicológico
- ✓ Cognitivo
- ✓ Cultural
- ✓ Social




Schoen-Ferreira et al, 2010; Outeiral, 2008; Steinberg et al, 2004; Levisky, 1998

### ADOLESCÊNCIA

❖ **Características** da adolescência moderna:

- Pré-requisitos complexos e diversos ➡ transição mais dolorida e longa
- Maior dificuldade em buscar a identidade adulta
- Treinamento profissional mais rígido ➡ início da vida profissional mais demorado
- Diversas oportunidades de experimentação



Outeiral, 2008; Schoen-Ferreira et al, 2010; Ferreira et al, 2010

### FATORES DE RISCO

FATORES DE RISCO		
PESSOAIS		AMBIENTAIS
Primeira Infância	Segunda Infância e Adolescência	
Histórico familiar de uso de SPA e/ou transtornos mentais	Manifestações precoces de comportamento agressivo	Privação econômica e social
Vínculos familiares escassos	Fracasso escolar	Disponibilidade de SPA
Carência de vínculo materno	Fracasso escolar	Vínculos precários com a comunidade
Predisposição genética	Fracasso escolar	Transições de vida contínuas
Conflitos familiares graves	Rejeição	Normas comunitárias favoráveis ao uso de SPA
Rejeição pelos pares	Associação com colegas usuários de SPA	Disponibilidade comercial de SPA
	Uso precoce de SPA	Facilidade de acesso ao SPA

Pinsky et al, 2009; Papalia et al, 2006; Vieira et al, 2007; Hawkins et al, 1992



FATORES DE PROTEÇÃO		
PESSOAS		AMBIENTAIS
Primeira Infância	Segunda Infância	
	Adolescência	
Exatidão e clareza com a mãe ou figura materna substituta	Sucesso acadêmico	Limitação das possibilidades de acesso ao SPA
Estabilidade psicológica da mãe ou figura materna substituta	Envolvimento em atividades comunitárias, esportivas e sociais	Informações na mídia baseadas em evidências
Bom gerenciamento familiar	Fortes vínculos escolares	Maiores taxas de engajamento sobre as UPA vendidas legalmente
Bom tempo livre	Bom relacionamento com os pais	
Bom modelo parental	Fortes vínculos com os pais	
Clareza que evita situações de perigo	Estrutura familiar reconstruída	
	Monitoramento parental	
	Envolvimento parental de qualidade nas atividades dos filhos	
	Exposições parentais claras em relação ao uso de tabaco, álcool e demais SPA	

Pinsky et al, 2009; Papalia et al, 2006; Vieira et al, 2007; Hawkins et al, 1992 Pág. 8

## VULNERABILIDADE NEUROLÓGICA

❖ Sistemas inibitório (serotoninérgico) e ativador (dopaminérgico) ↑

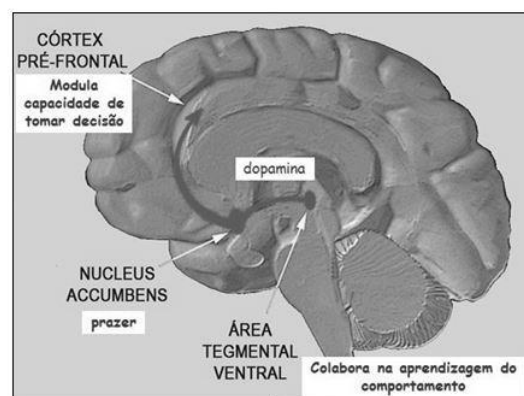
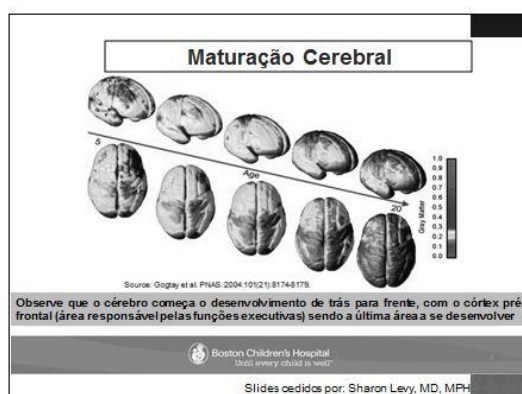
⇒ Amadurecimento incompleto e desenvolvimento em ritmos diferentes

❖ Maturação cerebral :

- Lobos frontal e occipital completam a maturação mais cedo
- Córtex pré-frontal dorsolateral completa a maturação no final da adolescência

⇒ Responsável pelo controle da impulsividade, decisões, organização, planejamento, abstração

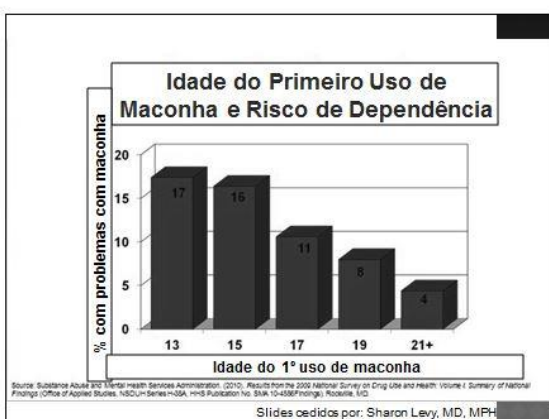
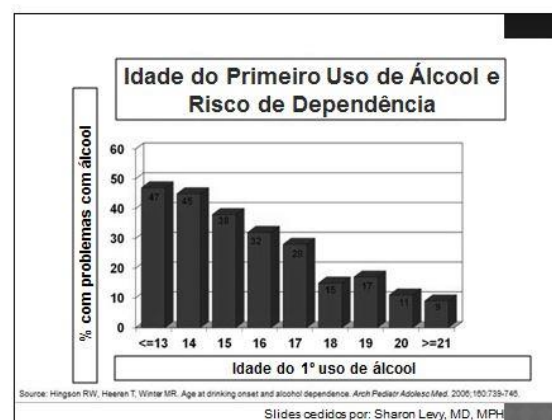
Pinsky et al, 2009



**PARA PENSAR...**


- ❖ Cérebro adolescente:
  - ≠ cérebro adulto
  - em desenvolvimento
  - > plasticidade
  - > capacidade de adaptação

Isso torna os adolescentes mais vulneráveis a desenvolver uma dependência do que os adultos?

**VULNERABILIDADE NEUROLÓGICA**


- ❖ O processo de transição para a vida adulta **assistido** e **protegido** possibilita que uma possível experimentação de SPA nessa fase seja resolvida na maturidade



Pinsky et al, 2009

**EPIDEMIOLOGIA**

- ❖ Substâncias mais consumidas mundialmente pelos adolescentes (independentemente das disparidades socioeconômicas e culturais entre os países)
- ❖ SPA ilícitas:
  - **acentuação** do uso de **maconha** globalmente
  - **atenuação** do uso de **cocaína** (América do Norte e Europa) entre 2010 e 2011



UNODC, 2013; WHO, 2001

**EPIDEMIOLOGIA**

- ❖ VI Levantamento Nacional realizado pelo CEBRID (2010):
  - Álcool e tabaco ➡ Mais consumidas
  - 5% ➡ Experimentação antes de 10 anos

Uso na vida	Uso pelo menos 1 vez na vida
Uso no ano	Uso pelo menos 1 vez nos últimos 12 meses
Uso no mês	Uso pelo menos 1 vez nos últimos 30 dias
Uso frequente	Uso 6 vezes ou mais nos últimos 30 dias
Uso pesado	Uso 20 vezes ou mais nos últimos 30 dias

Carlini et al, 2010



## EPIDEMIOLOGIA

❖ VI Levantamento Nacional realizado pelo CEBRID (2010):

- Uso na VIDA, ANO e MÊS  $\Rightarrow$  Escolas particulares
- Uso FREQUENTE e PESADO  $\Rightarrow$  Escolas públicas
- Uso na VIDA de álcool  $\Rightarrow$  60,5% dos estudantes
- Uso na VIDA de tabaco  $\Rightarrow$  16,9%
- Uso na VIDA de demais SPA (exceto álcool e tabaco)  $\Rightarrow$  25,5%



Carlini et al, 2010



## EPIDEMIOLOGIA

❖ VI Levantamento Nacional realizado pelo CEBRID (2010):

- Estudantes > uso  $\Rightarrow$  16-18 anos e > 19 anos
- 10 a 12 anos  $\Rightarrow$  10% na vida; 5% no ano; 3% no mês
- Comparativo - levantamentos anteriores:
  - ↓ uso na vida (solventes e anfetaminas)
  - ↑ uso na vida (ansiolíticos e cocaína)
- não houve alterações no uso na vida de maconha e crack

Carlini et al, 2010



## EPIDEMIOLOGIA

❖ VI Levantamento Nacional realizado pelo CEBRID (2010):

- Comparativo – levantamento de 2004:
  - ↓ de uso no ano de TODAS substâncias psicoativas (SPA)
- EXCETO



Carlini et al, 2010; ; Carlini-Cotrim et al, 1993



## EPIDEMIOLOGIA

❖ II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (2012)  
4607 indivíduos (1742 jovens entre 14-25 anos)

- Metade dos jovens consomem álcool (26% < 18 anos)
- 30% dos rapazes que dirigem  $\Rightarrow$  dirigiram alcoolizados no último ano
- ¼ meninas  $\Rightarrow$  já foi passageira de veículo em que o motorista estava alcoolizado
- Maconha: 5% consumiu no último ano
- Cocaína: 3% consumiu no último ano

Laranjeira et al, 2012

## EPIDEMIOLOGIA

❖ Gêneros:

- Motivações para o uso são ≠
  - ✓ enfrentamento de situações, perder peso e auto-medicação
  - ✓ curiosidade, embriaguez
- Meninos: > risco de abuso/dependência/consumo excessivo de álcool
- Meninas: > uso na vida e ano de álcool

Madruga et al, 2012; Diehl et al, 2011; Cotto et al, 2010; Carlini et al, 2010

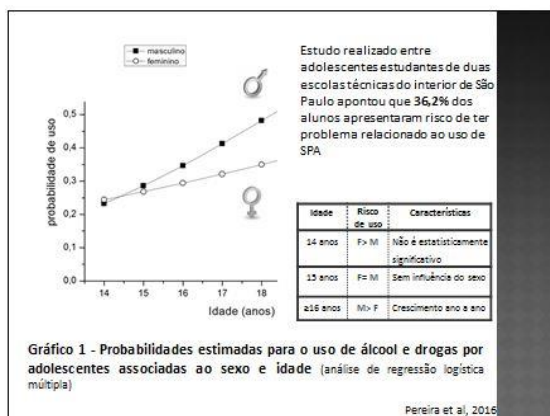


## EPIDEMIOLOGIA

❖ Gêneros:

- > uso de tabaco (dado não estatisticamente significativo)
- Crescimento do padrão de beber em "binge drinking" (5 ou + doses/X)
- > uso de anfetamina, ansiolíticos e analgésicos
- Queda significativa na proporção dos meninos que bebem em padrão "binge drinking"
- > uso de cocaína, maconha, esteróide e solventes

Madruga et al, 2012; Carlini et al, 2010



## EPIDEMIOLOGIA

- ✦ Sugere-se que as estratégias de triagem de uso de SPA devem acontecer no início da adolescência, época em que há maior vulnerabilidade ao uso de SPA devido as próprias características dessa etapa.

## PREVENÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

### ✦ Objetivos:

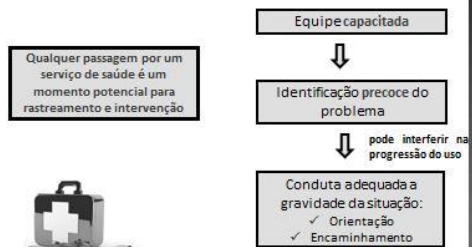
- Evitar o aparecimento de problemas
- Ajudar o indivíduo a lidar com as dificuldades do desenvolvimento
- ↑ fatores de proteção (auto-eficácia)
- Atuar sobre fatores facilitadores de uso



Bucheile et al, 2009; Figlie et al, 2010

## PREVENÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

### ✦ Ambiente de saúde:



Shrier et al, 2009; AAS, 2004

## PREVENÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

### ✦ Recomendação da Associação Médica Americana:

- Provedores de saúde devem rastrear anualmente **TODO** adolescente para o uso de SPA



### ✦ Ministério da Saúde do Brasil:

- Não normatiza o modo de identificação
- Sugere capacitação dos profissionais (identificação e manejo)
- Diverge nas orientações sobre o momento da abordagem da questão

MS, 2010; MS, 2007a; MS, 2007b; Elster et al, 1994; Knight et al, 2002

## PREVENÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

### Quadro 5. Quando e quem rastrear?<sup>12</sup>

Consulta anual de rotina (a partir de 9 anos)
Consulta por motivo agudo
Serviços de emergência
Ao atender adolescentes que:
Você não vê há algum tempo
Estão fumando cigarro de tabaco
Portadores de condições que podem estar associadas ao uso de SPA:
• Depressão
• TDAH
• Ansiedade
• Transtorno de conduta
Tenham problemas que possam estar associados ao uso de álcool:
• Acidentes
• Alterações no padrão do sono/alimentação
• DST
• Gravidez não planejada
• Dor crônica
Apresentam mudanças significativas do comportamento como:
• Acentuação de comportamento opoitor
• Mudança de amigos
• Queda no rendimento escolar
• Mudanças significativas de humor
• Perda de interesse nas atividades
• Aumento das faltas escolares

Adaptado por Pereira, BAAK

Pág. 8



## PREVENÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

- ❖ Métodos de triagem de fácil aplicação e pontuação poderiam ser utilizados para triagem de uso de SPA em adolescentes

SEMPRE PERGUNTE

Knight et al, 2002; Bringham, 2010

## INSTRUMENTO DE TRIAGEM DE USO DE SPA EM ADOLESCENTES

Quadro 6. Questionários para triagem de uso de SPA na adolescência

	Características	Itens	Idade (anos)	Custo	Tempo de aplicação (minutos)	Treinamento	Auto-aplicação
POSIT	Detectar potencial uso de drogas entre adolescentes	81 (10 blocos)	12-19	Sim	20-30	Não	Sim**
DUSIR	Dividido por áreas, é possível aplicar somente o subitem "uso de SPA"	149 (10 itens)	12-19	Sim	20 (subitem "uso de SPA" 3 min)	Não*	Não
T-ASI	Entrevista semi-estruturada dividida por módulos, é possível aplicação de um módulo por vez	153 (7 módulos)	12-19	-	5 (cada módulo)	Sim	Não
CRAFT CESARE	Questionário fechado, identifica o uso de SPA, motivações, contexto de uso e exposição a situações de risco	6	12-18	Não	2	Não	Sim

\*Recomenda-se que a aplicação seja feita por pessoal treinado  
\*\*Aplicação por entrevistador aumenta a validade do teste

Sartes et al, 2003; De Micheli, 2000; Coelho Junior et al, 2003

Pág. 9



## INSTRUMENTOS

HARVARD MEDICAL SCHOOL  
TEACHING HOSPITAL

- ❖ **CRAFT** (acrônimo de **C**ar; **R**elax; **A**lone; **F**orget; **F**amily/**F**riends; **T**rouble)
- questionário de triagem de uso de SPA específico para adolescentes
  - simples aplicação
  - facilmente pontuado (cada resposta afirmativa=1 ponto)

Knight et al, 1999; Knight, 2003; Knight et al, 2002



## INSTRUMENTOS



- ❖ Questionário **CESARE** (Carro; Esqueceu; Sozinho; Amigos; Relaxar; Encrenca):
- Perguntas com respostas sim/não
  - **Parte A** - 3 perguntas de filtro (uso de bebidas alcoólicas, maconha ou outra SPA)
  - **Parte B** - 6 perguntas adicionais (contexto e consequências relacionadas ao uso de SPA)

Pereira et al, 2016

## INSTRUMENTOS

- ❖ **CESARE**  $\geq 2 \Rightarrow$  **positivo**

Sensibilidade: 0.80  
Especificidade: 0.86

- Ponto de corte para identificação de qualquer problema relacionado ao uso e dependência de SPA
- O score apresenta correlação com a **acentuação da severidade**
- **Gráfico** que relaciona o número de respostas positivas à probabilidade do uso atual ser considerado "problemático" ou dependência

Knight et al, 1999; Knight, 2003; Knight et al, 2002

## INSTRUMENTOS



- ❖ A versão brasileira da escala CRAFT, denominada **CESARE**:

- ✓ Mantve as particularidades do instrumento original
- ✓ Aplicada em 2005 alunos  $\Rightarrow$  **1714 alunos** (12 e 18 anos)
- ✓ O instrumento confirmatório foi aplicado em 543 alunos (28,8%)
- ✓ 35,1% alunos pontuaram positivamente



## ENCAMINHAMENTOS

### LEMBRAR:

1. Descrever o motivo do encaminhamento
2. Score do CESARE
3. Se já foram solicitados exames
4. O familiar também pode e deve ser encaminhado mesmo que o adolescente não queira tratamento

## INTERVENÇÕES – PRINCÍPIOS GERAIS

- ❖ **Intervenção breve (IB):** modalidade de atendimento com tempo limitado
  - **Foco:** mudança de comportamento do paciente.
  - **Quando utilizar?**
    - adolescentes em risco de utilizar SPA
    - experimentação
    - em uso de SPA
  - **Duração:** poucos minutos, mas pode ser realizada em mais de um encontro

Pág. 18

## INTERVENÇÕES – PRINCÍPIOS GERAIS

- ❖ Essas técnicas podem e devem ser utilizadas em todos os jovens que buscam atendimento, seja qual for a demanda, em serviços de saúde
- ❖ Impacto IB é na **motivação**, sendo seu efeito o desencadeamento de decisões e o comprometimento com o a mudança

### O PAPEL DO PROFISSIONAL É MUITO IMPORTANTE!!!!

- **ATTITUDES CONFRONTADORAS:** aumentam a resistência para as mudanças
- **ESTILO MAIS EMPÁTICO:** está associado a mudanças de longo prazo

## INTERVENÇÕES – PRINCÍPIOS GERAIS

- ❖ **Atendimento com jovens:** importante aplicar a motivação para mudanças em outros níveis, já que, muitas vezes, o dano objetivo do uso de SPA não é identificável, mas sim os comportamentos de risco associados ao uso:
  - estar em carro conduzido por alguém sob efeito de SPA
  - relação sexual desprotegida
  - conflitos familiares
  - queda do rendimento escolar

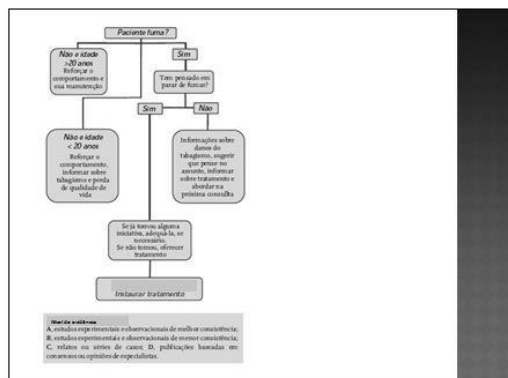
Quadro 9. Estruturação da Intervenção Breve<sup>27</sup>

Avaliação do problema	Triagem
Devolutiva (feedback)	Dizer o resultado da avaliação
Responsabilidade	Enfatizar a importância da responsabilidade do adolescente para a mudança
Recomendações	Fornecer informações (mesmo pequenas orientações são capazes de modificar comportamentos)
Menu	Oferecer estratégias alternativas para mudanças Ponderar os prós e contras do uso de SPA
Empatia	É um forte determinante da motivação e da mudança do paciente
Auto-eficácia (crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar ou de ter sucesso em uma tarefa específica)	Colaborar para que o jovem sinta que pode fazer uma mudança bem sucedida na área em que apresenta algum problema  A própria crença do profissional na capacidade de mudança do adolescente pode ser um determinante significativo do resultado final.

Pág. 19

## TABACO – PRINCÍPIOS GERAIS

- ❖ **Uso no ano (2004 X 2010):** redução de 15,7% para 9,8% entre os adolescentes brasileiros
- ❖ **OMS:** tabagismo é a principal causa evitável de morte no mundo
- ❖ **Atendimentos realizados entre adolescentes podem e devem contemplar questionamentos relativos ao uso de tabaco**



**Quadro 10. Intervenções para o tabagismo<sup>41</sup>**

1. Avaliar o grau de motivação do adolescente para parar de fumar e adequar a sua intervenção à motivação (transformar resistência em possibilidade, possibilidade em decisão, decisão em ação e oferecer auxílio para que a ação seja efetiva).
2. Avaliar presença de comorbidades
3. Rever as tentativas anteriores de parada e as razões de fracasso para não repeti-las
4. Conhecer os temores do adolescente (ganho de peso, fissura) para orientá-lo
5. Sugerir que marque uma data para parar



## RESUMO

- ❖ **Adolescência:**
  - Período de maior vulnerabilidade (psíquica e neurológica)
- ❖ **Prevenção:**
  - Deve ser realizada precocemente (escola, família, saúde)
- ❖ **Identificação:**
  - Possibilita “reversão” do quadro
- ❖ **Intervenções:**
  - Técnicas de intervenção breve
  - Entrevista motivacional



## FECHAMENTO

- ❖ **Pós teste**
- ❖ **Agendamentos com as unidades:**
  - UBS
  - Avaliação de dificuldades

OBRIGADA



**ANEXO 3- Apostila**

**Universidade Estadual de Campinas**  
**Faculdade de Ciências Médicas**  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas



Prefeitura Municipal de Paulínia

**Secretaria Municipal de Saúde**

**Capacitação da rede de atenção primária à saúde de Paulínia  
para identificação e abordagem de adolescentes em uso de  
drogas**

Mestra Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira  
Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo

Paulínia, abril de 2015.

## 1. INTRODUÇÃO

### O que é a adolescência?

A adolescência é um período de transição marcado por transformações psíquicas, biológicas, físicas e comportamentais<sup>1</sup>. A construção do conceito de adolescência é recente, visto que até o século XX, apenas o aspecto biológico – a puberdade – era considerado como o marco de transição da infância para a vida adulta<sup>2</sup>. A partir desse momento, ocorriam os rituais de iniciação da vida adulta. Na essência, os rituais contribuíam para que o jovem demonstrasse suas habilidades, aptidões, dignidade e aceitação pela comunidade adulta, favorecendo o desenvolvimento da auto-estima e confiança<sup>2</sup>.

Atualmente os pré-requisitos para a passagem à vida adulta tornam o período da adolescência mais longo, dolorido e complexo<sup>2</sup>, tendo como consequência uma maior dificuldade pela busca da identidade adulta<sup>3</sup>. As exigências relacionadas à formação dos jovens envolvem longos períodos de estudo e de treinamento profissional para que estejam aptos a assumir responsabilidades adultas<sup>3,4</sup>. Somado a isso, o adolescente transita por um momento de transformações corporais, de questionamentos sobre os modelos parentais e até mesmo pelas substituições de prazeres por deveres adultos<sup>2</sup>. Esses fatores tanto contribuem para o alargamento do período da adolescência<sup>4</sup>, como também para o encurtamento da infância, fase que progressivamente está se tornando mais estreita em decorrência das exigências de performance impostas às crianças ainda pequenas e também pela redução do tempo destinado para jogos e brincadeiras infantis<sup>5</sup>.

### A “crise” da adolescência

Ao caminhar em direção ao mundo dos adultos, tanto desejado quanto temido, o adolescente perde gradativamente o seu status de criança. Esta etapa é decisiva no processo de desprendimento iniciado ao nascimento<sup>6,7</sup>. Trata-se de uma fase com questões próprias e com dificuldades inerentes a esse momento, sendo possível que, até mesmo quando a puberdade progride sem maiores crises, aconteçam situações com obstáculos de manejo<sup>7</sup>.

Esse cenário de transformações propicia o surgimento das crises da adolescência<sup>8</sup>, marcadas por instabilidade emocional, alterações do humor, impulsividade e pela busca por novas sensações<sup>1</sup>.

Biologicamente essas alterações são justificáveis pela maturação mais rápida do sistema dopaminérgico (ativador) em comparação ao serotoninérgico (inibitório)<sup>1</sup>. Acredita-se que o completo neurodesenvolvimento cerebral é atingido apenas no começo da vida adulta, entre 21 e 25 anos<sup>9</sup>.

Para Knobel (1970) a adolescência é caracterizada pela busca por identidade própria, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, deslocalização temporal, evolução sexual, atitude social reivindicatória, contradições, separação progressiva dos pais e flutuação do humor e ânimo. Além dos processos de luto pelo corpo infantil perdido, luto pelo papel e identidade infantis e luto pelos pais da infância<sup>6,10</sup>.

Desse modo, a adolescência é um período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos que podem ter uma manifestação psicopatológica através da via do sentir (sintomas internalizantes), expressos através do sentimento, ou do agir (sintomas externalizantes), expressos através de alterações da conduta e comportamento<sup>6</sup>.

Diante desse turbilhão de mudanças, vivenciadas com maior ou menor grau de sofrimento psíquico, pode acontecer a experimentação de substâncias psicoativas (SPA)<sup>10</sup>, tornando essa população de risco, justamente pelo desejo inerente dessa fase de vivenciar novas sensações, experiências e de criação da própria identidade<sup>1</sup>.

Ainda que a experimentação de SPA na adolescência possa ser transitória e resolvida na maturidade, especialmente para aqueles jovens que vivenciam a transição para a vida adulta de maneira protegida, assistida e com poucas vulnerabilidades individuais (genéticas, biológicas, emocionais), para outros, principalmente aqueles desprotegidos e expostos precocemente a situações de risco, o uso pode tornar-se prolongado e nocivo<sup>11</sup>.

### **Informações complementares**

## 2. EPIDEMIOLOGIA DO USO DE SPA PELOS ADOLESCENTES

### Qual é o panorama mundial de uso de SPA pelos adolescentes?

As SPA mais consumidas na adolescência, independentemente das variações culturais e do desenvolvimento socioeconômico entre os países, são o álcool e o tabaco<sup>12</sup>. Dados da Organização das Nações Unidas apontam para o aumento do uso de maconha globalmente, sendo as maiores prevalências de uso no último ano encontradas na Europa Central e Ocidental (7,6%), América do Norte (10,7%), Oceania (10,9%) e África Central e Ocidental (12,4%). Os maiores mercados de cocaína (América do Norte e Europa Ocidental) apresentaram acentuação do uso de cocaína entre 2010 e 2011<sup>13</sup>.

### Como é o uso de SPA pelos adolescentes brasileiros?

O VI Levantamento Nacional realizado pelo CEBRID (2010) constatou que as SPA mais consumidas pelos estudantes brasileiros de 10 a 19 anos são o álcool e o tabaco. Aproximadamente 5% teve o primeiro contato com SPA antes de 10 anos de idade. O uso no ano de álcool e tabaco foi referido, respectivamente, por 42,4% e 9,8% destes estudantes. Enquanto que o uso no ano de outras SPA, exceto álcool e tabaco, foi referido por 10,6%<sup>14</sup>.

#### Quadro 1. Definições de tipo de uso

Uso na vida	Usou pelo menos 1 vez na vida
Uso no ano	Usou pelo menos 1 vez nos últimos 12 meses
Uso no mês	Usou pelo menos 1 vez nos últimos 30 dias
Uso frequente	Usou 6 vezes ou mais nos últimos 30 dias
Uso pesado	Usou 20 vezes ou mais nos últimos 30 dias

Fonte: OMS

Ao avaliar o perfil de uso de SPA em relação ao tipo de escola (privada ou pública), constatou-se que o uso na vida, no ano e no mês foi mais acentuado entre os estudantes de escolas privadas quando comparados aos estudantes de escolas públicas. Apesar disso, o uso frequente e pesado foi mais significativo entre os estudantes de escolas públicas<sup>14</sup>.

Em comparação aos levantamentos anteriores houve redução do uso na vida de solventes e anfetamínicos entre os estudantes, aumento do uso na vida de ansiolíticos e cocaína e não houve alterações no uso na vida de maconha e crack<sup>14</sup>.

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) na população brasileira foi realizado em 2012 e avaliou 4607 indivíduos, sendo 1157 adolescentes entre 14 e 17 anos. Os resultados apontaram que 4% dos adolescentes já usaram maconha ao menos uma vez na vida e que a taxa de uso no ano foi semelhante à dos adultos, sendo a escola o local onde 17% dos adolescentes conseguiram a substância no último ano. O início do uso de maconha ocorreu antes dos 18 anos em 60% do total de indivíduos avaliados. Em relação à cocaína, constatou-se que 3% dos adolescentes já haviam experimentado alguma apresentação dessa substância na vida. A prevalência do uso de cocaína, no último ano, foi de 2% da população jovem, sendo a via intranasal a mais utilizada na vida e no último ano. Aproximadamente metade dos usuários

experimentaram a cocaína pela primeira vez antes dos 18 anos<sup>15</sup>.

Em relação às particularidades de cada gênero, foi observado maior uso de cocaína, maconha, esteróide e solventes pelos adolescentes do gênero masculino, já as adolescentes utilizaram com maior frequência os medicamentos (anfetamina, ansiolíticos e analgésicos).

O VI Levantamento apresentou um dado inédito em relação aos levantamentos anteriores: o uso de tabaco foi maior nas adolescentes do gênero feminino (dado não estatisticamente significativo). O consumo de álcool foi mais acentuado nas adolescentes do gênero feminino em comparação aos adolescentes do gênero masculino, dado estatisticamente significativo<sup>14</sup>. Fato já observado no levantamento realizado em 2004<sup>15</sup>. Complementando esses dados, no II LENAD foi observada queda significativa na proporção dos meninos que bebem 5 doses ou mais em uma ocasião (“binge drinking”). O oposto ocorreu em relação às meninas, havendo, então, crescimento desse padrão de uso de 11% para 20% em 2006 e 2012 respectivamente. A idade de consumo regular de álcool até os 15 anos também cresceu significativamente entre as meninas (69% para 74%)<sup>16</sup>.

Estudo realizado entre adolescentes estudantes de duas escolas técnicas do interior de São Paulo apontou que 36,2% dos alunos apresentaram risco de ter problema relacionado ao uso de SPA. Nas faixas etárias mais jovens houve aproximação do risco de problemas associados ao uso entre os gêneros feminino e masculino<sup>17</sup>, o que corrobora a tendência de crescimento de uso entre as meninas. Considerando que há riscos e particularidades típicos do gênero feminino (atividade sexual precoce, gestação indesejada, entre outros) é necessário a criação de abordagens dirigidas a esse gênero<sup>18</sup>.

É importante ressaltar que as motivações para o uso de drogas entre os adolescentes de cada gênero são distintas. Em geral, os meninos utilizam SPA principalmente por curiosidade e pela expectativa de vivenciar sensações de embriaguez, por outro lado, as meninas utilizam SPA com o objetivo de enfrentar situações, perder peso e como auto-medicação<sup>19,20,21</sup>.

Estudo realizado entre estudantes apontou uma maior propensão ao uso de tabaco entre aqueles que frequentemente sentiam-se sozinhos e com baixa supervisão parenteral. Os adolescentes do gênero masculino que referiram tristeza e que não possuíam ao menos dois amigos próximos apresentaram maior risco de uso de maconha, já para as adolescentes do gênero feminino, ter pais que raramente checavam as tarefas escolares apresentava impacto tanto para o uso de maconha quanto para o uso de álcool. Somado a isso, as adolescentes do gênero feminino com pais que não tinham conhecimento de suas rotinas, deveres e afazeres tinham maior propensão ao uso de álcool. Pensamentos suicidas entre as meninas estavam fortemente associados com o uso de tabaco e álcool. Entre os meninos, o fato dos pais terem conhecimento do que seus filhos fazem nas horas de lazer foi considerado o mais poderoso fator de proteção no que diz respeito as práticas parentais<sup>22</sup>.

### **Informações complementares**

--

### 3. IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DOS QUADROS DE USO DE SPA EM FASE INICIAL

#### Prevenção de uso de SPA em adolescentes – Objetivos:

- Evitar o aparecimento de problemas
- Antecipar ações que auxiliem o indivíduo a lidar com dificuldades durante o seu desenvolvimento<sup>23</sup>
- Atuar sobre os fatores facilitadores de uso de drogas
- Acentuar as características de auto-eficácia do jovem<sup>1,8</sup>.

#### Prevenção de uso de SPA na adolescência: de quem é essa responsabilidade?

A prevenção ao uso de SPA na infância e adolescência envolve a sintonia e a articulação de diversos atores existentes na sociedade, entre eles a família, a escola, o governo (políticas públicas), a comunidade e o sistema judiciário<sup>24</sup>. A possibilidade de retardar o contato do jovem com qualquer SPA, assim como a identificação daqueles que já experimentaram ou até mesmo que apresentam um padrão de uso de risco, tende a ter mais sucesso quando os setores mencionados atuam de maneira integrada e com um foco comum<sup>8</sup>.

Os investimentos em prevenção de uso de SPA na adolescência apresentam um leque de vantagens que variam desde a redução de gastos com tratamentos futuros, acidentes e violências<sup>25</sup>, como também pela diminuição do risco de desenvolvimento de dependência química futura diante de experimentações de SPA mais tardiamente<sup>24</sup>.

#### Fatores de risco e proteção para uso de SPA:

De modo geral, os programas de prevenção envolvem o fortalecimento dos fatores de proteção (individuais, familiares, comunitários) e redução dos fatores de risco<sup>1,8,24</sup> (Quadro 2).

#### Quadro 2. Fatores de risco e proteção para o uso de SPA<sup>1,8,24</sup>

Fatores de risco	Fatores de proteção
História familiar de uso de SPA	Bom gerenciamento familiar
Vínculos familiares escassos	Relação de proximidade com os pais
Predisposição genética	Crianças sem problemas comportamentais
Conflitos familiares graves	Bons modelos parentais
Comportamento agressivo precoce	Monitoramento parental
Fracasso escolar	Sucesso acadêmico
Uso precoce de SPA	Atividades comunitárias, esportivas e sociais
Privação econômica e social	Regras parentais claras sobre o uso de SPA
Facilidade de acesso as SPA	Limitação das possibilidades de acesso as SPA
Transições de vida conflituosas	Maior taxaço sobre as SPA vendidas legalmente

### **Prevenção de uso de SPA na adolescência nos ambientes de saúde:**

Historicamente, os ambientes ligados a saúde são amplamente utilizados para o modelo curativo, embora possam e devam ser utilizados como espaço de prevenção e identificação de situações relativas ao uso de SPA. As equipes da atenção primária a saúde (Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da Família e os Agentes Comunitários) têm papel essencial na identificação precoce dos casos de uso de SPA em suas áreas de atuação<sup>8</sup>. A capacitação dessas equipes permite uma maior chance de identificação dos casos, com consequente conduta adequada que pode variar desde uma simples orientação até encaminhamento para tratamento especializado<sup>26</sup>. É importante destacar que dificilmente um adolescente em uso de SPA procurará espontaneamente um serviço de saúde por essa razão<sup>27</sup>, sendo mais comum a motivação para ir a um serviço de saúde o atendimento de uma queixa clínica (dor, vacinação, febre, quedas, entre outros) ou uma demanda familiar<sup>28</sup>.

**Lembre-se:**                    **Qualquer passagem por um serviço de saúde é um momento potencial para rastreamento e intervenção**

Nesse sentido, os serviços de pronto-atendimento também podem ser vistos como espaços de identificação precoce, desde que a ferramenta a ser utilizada para essa finalidade seja um instrumento rápido de triagem, já que nesses locais a grande demanda por atendimentos pode impedir o rastreamento através de escalas longas<sup>8</sup>.

### **Quais são as recomendações para prevenção e identificação de uso de SPA por adolescentes?**

Diante do crescente número de adolescentes em contato com SPA e, portanto, expostos a potenciais consequências associadas a esse uso, foram estabelecidas algumas diretrizes (Quadros 3, 4 e 5) com a finalidade de realizar a triagem adequada desses jovens e estabelecer um fluxo de atendimento quando necessário<sup>26,29, 30, 31</sup>.

#### **Quadro 3. Diretrizes da Associação Médica Americana<sup>29</sup>**

Recomenda que todos os adolescentes devem ser rastreados para o uso de álcool e outras drogas, anualmente, como parte de uma rotina da assistência médica, cabendo a todos os provedores de saúde o questionamento sobre o uso de SPA

#### **Quadro 4. Diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil<sup>30,31</sup>**

Não normatiza o modo de identificação
Sugere capacitação dos profissionais (identificação e manejo)
Diverge nas orientações sobre o momento da abordagem da questão

### **Informações complementares**

**Quadro 5. Quando e quem rastrear?**<sup>32</sup>

Consulta anual de rotina (à partir de 9 anos)
Consulta por motivo agudo
Serviços de emergência
Ao atender adolescentes que:
Você não vê há algum tempo
Estão fumando cigarro de tabaco
Portadores de condições que podem estar associadas ao uso de SPA:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressão</li> <li>• TDAH</li> <li>• Ansiedade</li> <li>• Transtorno de conduta</li> </ul>
Tenham problemas que possam estar associados ao uso de álcool:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidentes</li> <li>• Alterações no padrão do sono/alimentação</li> <li>• DST</li> <li>• Gestação não planejada</li> <li>• Dor crônica</li> </ul>
Apresentam mudanças significativas do comportamento como:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acentuação de comportamento opositor</li> <li>• Mudança de amigos</li> <li>• Queda no rendimento escolar</li> <li>• Mudanças significativas do humor</li> <li>• Perda de interesse nas atividades</li> <li>• Aumento das faltas escolares</li> </ul>

Adaptado por Pereira, BAAX

**Informações complementares**

--



#### 4. INSTRUMENTO DE TRIAGEM DE USO DE SPA EM ADOLESCENTES

Os instrumentos atualmente **traduzidos** e validados para utilização no Brasil para triagem de uso de SPA específicos para adolescentes são:

- Questionários utilizados nos levantamentos epidemiológicos<sup>14</sup>
- POSIT (*Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers*)<sup>33</sup>
- DUSI-R (*Drug Screening Inventory Revised*)<sup>34</sup>
- T-ASI (*Teen Addiction Severity Index*)<sup>35</sup>
- CRAFFT/CESARE<sup>17</sup>

No entanto, alguns desses instrumentos possuem certas limitações para utilização no cotidiano da prática clínica, como a inexistência da possibilidade de auto-aplicação<sup>34,35</sup>, a necessidade de treinamento do aplicador tanto para a aplicação quanto para acessar os resultados<sup>35</sup> e principalmente, o grande número de questões<sup>33,34,35</sup> o que se torna um dificultador para memorização com consequente aumento do tempo dispendido para sua aplicação (Quadro 6).

**Quadro 6. Questionários para triagem de uso de SPA na adolescência**

	Características	Itens	Idade (anos)	Custo	Tempo de aplicação (minutos)	Treinamento	Auto-aplicação
<b>POSIT</b>	Detectar potencial uso de drogas entre adolescentes	81 (10 blocos)	12-19	Sim	20-30	Não	Sim**
<b>DUSI-R</b>	Dividido por áreas, é possível aplicar somente o subitem “uso de SPA”	149 (10 áreas)	12-19	Sim	20 (subitem “uso de SPA”: 3 min)	Não*	Não
<b>T-ASI</b>	Entrevista semi-estruturada dividida por módulos, é possível aplicação de um módulo por vez	153 (7 módulos)	12-19	-	5 (cada módulo)	Sim	Não
<b>CRAFFT / CESARE</b>	Questionário fechado, identifica o uso de SPA, motivações, contexto de uso e exposição a situações de risco	6	12-18	Não	2	Não	Sim

\*recomendação de que a aplicação seja feita por pessoa qualificada

\*\*aplicação por entrevistador aumenta a validade do teste

#### Como é o instrumento de triagem ideal?

O instrumento de triagem ideal deve ser de simples aplicação e com a possibilidade de fornecimento rápido de resultados.

A escassez de instrumentos adequados à triagem de uso de SPA entre adolescentes na atenção básica a saúde e serviços de emergência, motivou a criação do instrumento denominado CRAFFT (acrônimo de Car; Relax; Alone; Forget; Family/Friends; Trouble)<sup>26,36,37</sup>, um questionário de triagem de uso de SPA desenvolvido especificamente para adolescentes.

O questionário CRAFFT teve sua validação e confiabilidade testadas em diversas culturas e países como, por exemplo, EUA<sup>38,39</sup>, França<sup>40</sup>, Suíça<sup>41</sup>, Alemanha<sup>42</sup>, Singapura<sup>43</sup>, Noruega<sup>44</sup> e Colômbia<sup>45</sup>. Em todos os estudos foi considerado com boa

capacidade psicométrica. No Brasil foi adaptado e recebeu o nome de CESARE (Carro; Esqueceu; Sozinho; Amigos, Relaxar; Encrenca)<sup>17</sup>.

Somado a isso, o questionário CRAFFT/CESARE é um instrumento que pode ser auto-aplicado (versão impressa, computadorizada) ou utilizado através de entrevista. A aplicação é simples, rápida, não necessita de treinamento e tem boa relação custo-benefício.

### **Informações complementares**

## 5. UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO CRAFFT/CESARE

O questionário CRAFFT/CESARE (Figura 1) é composto por 3 perguntas de abertura (filtro) sobre uso de bebidas alcoólicas, maconha ou outras drogas (Parte A) que irão guiar para a necessidade, ou não, de responder ao questionário completo; e seis perguntas adicionais acerca de contexto e consequências relacionadas ao uso de SPA (Parte B), todas com respostas tipo sim ou não<sup>26,37</sup>. Cada resposta afirmativa equivale a 1 ponto.

A pontuação igual ou superior a 1 na Parte A direciona o entrevistado a responder a todos os itens da Parte B, mas ainda assim todos deverão responder a primeira pergunta da Parte B independentemente da pontuação da Parte A.

A **pontuação igual ou superior a 2 na Parte B** é o ponto de corte para identificação de qualquer problema relacionado ao uso de SPA, sendo considerado um escore de risco, ou seja, o número de respostas positivas estima não apenas a presença do uso como também a magnitude do risco de problemas associados a esse uso, ou seja, existe uma correlação entre o escore e a acentuação da severidade da do quadro<sup>26</sup>.

Na versão utilizada por profissional da saúde, existe anexado ao instrumento um gráfico que relaciona o número de respostas positivas à probabilidade do uso atual ser considerado abuso ou dependência.

Através do CRAFFT/CESARE é possível conhecer a população submetida a aplicação do questionário e elaborar intervenções a partir dos resultados obtidos<sup>38</sup>. Ou seja, ao identificar uma triagem positiva, diversas intervenções são aplicáveis como, orientações, retorno para aprofundamento da avaliação, intervenção breve, encaminhamento para avaliação por equipe capacitada e tratamento<sup>46</sup>.

### Informações complementares

# CRAFFT/CESARE – Perguntas para Triagem

Responda, por favor, a todas as perguntas honestamente.  
Garantimos a confidencialidade de suas respostas.

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ masculino ☐ feminino

## Parte A

Nos últimos 12 meses:

Não ☐ Sim ☐

A1. Bebeu álcool (mais do que alguns golinhos)?

☐ Não ☐ Sim

A2. Fumou maconha?

☐ Não ☐ Sim

A3. Usou qualquer outra coisa para ficar chapado? ("qualquer outra coisa" inclui drogas ilegais, qualquer remédio e inalantes)

☐ Não ☐ Sim

Se você respondeu **SIM** a alguma pergunta responda de B1 a B6

Se você respondeu **NÃO** a todas as perguntas responda somente a B1

## Parte B

Não ☐ Sim ☐

B1. Você já andou num **CARRO** dirigido por alguém (inclusive você) que estava "alto" ou que tivesse bebido álcool ou usado droga?

☐ Não ☐ Sim

B2. Você já **ESQUECEU** coisas que fez enquanto bebia ou usava droga?

☐ Não ☐ Sim

B3. Você já bebeu ou usou droga quando estava **SOZINHO**?

☐ Não ☐ Sim

B4. Sua família ou **AMIGOS** já lhe disseram que você devia parar de beber ou usar menos droga?

☐ Não ☐ Sim

B5. Você já bebeu ou usou droga para **RELAXAR**, sentir-se melhor ou para se enturmar?

☐ Não ☐ Sim

B6. Você já se meteu em **ENCRENCA** enquanto estava bebendo ou usando droga?

☐ Não ☐ Sim

### NOTA CONFIDENCIAL:

A informação registrada nesta página pode estar protegida por leis federais especiais de confidencialidade (42 CFR Parte 2), que proíbem a revelação destas informações a menos que haja consentimento expresso e específico. Uma autorização generalizada para a liberação de informações médicas **NÃO** basta para este propósito.

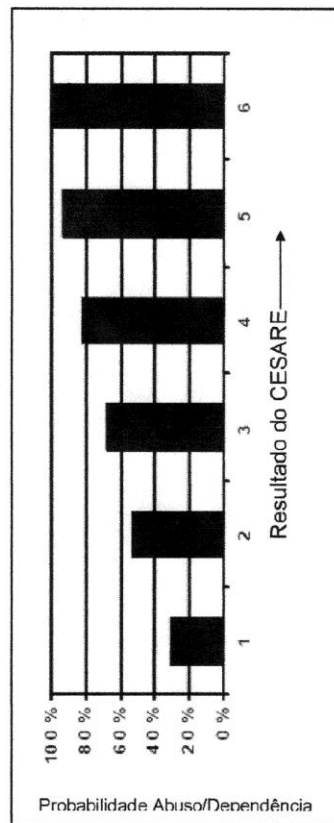
© Children's Hospital Boston, 2009. Todos os Direitos Reservados.  
Reproduzido com a permissão do Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children's Hospital Boston.  
([www.ceasat.org](http://www.ceasat.org))

# Probabilidade do Diagnóstico de Abuso/Dependência de Droga Baseado no CRAFFT/CESARE

## INSTRUÇÕES PARA PONTUAÇÃO: APENAS PARA PROFISSIONAL CLÍNICO

Pontuação CRAFFT/CESARE: Cada "sim" respondido na Parte B marca 1 ponto.

A soma de 2 ou mais pontos é uma triagem positiva, indicando a necessidade de avaliação adicional.



© Children's Hospital Boston, 2009. Este formulário pode ser reproduzido em sua forma exata para uso por profissionais clínicos. Uma cartesia do Centro de Pesquisa de Abuso de Substância do Hospital Infantil de Boston - Center for Adolescent Substance Abuse Research, Children's Hospital Boston, 300 Longwood Ave, Boston, MA 02115, U.S.A., (617) 355-5433, [www.ceasat.org](http://www.ceasat.org).

### References:

1. Knight JR, Shirier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer HJ. A new brief screen for adolescent substance abuse. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153(6):591-6.
2. Knight JR, Sherritt L, Shirier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156(6):607-14.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.

Figura 1. Versão Brasileira da escala CRAFFT/CESARE

## 6. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ENCAMINHAMENTOS

### Qual a importância de cada uma das perguntas do CRAFFT/CESARE?

As 6 questões que compõem o instrumento CRAFFT/CESARE são clinicamente relevantes e quando aplicadas por entrevistador permitem um maior aprofundamento com o adolescente (Quadro 7)<sup>36</sup>.

**B1.** *Você já andou num Carro dirigido por alguém (inclusive você) que estava “alto” ou que tivesse bebido álcool ou usado droga?*

É considerada a pergunta mais importante a ser feita, justamente pelo fato dos acidentes automobilísticos serem uma das principais causas de morte entre os jovens. Os adolescentes que respondem afirmativamente a essa pergunta estão expostos a uma situação de risco evitável e poderiam ser beneficiados por aconselhamento e orientações, mesmo quando eles próprios não usam álcool. Os pais também podem ser orientados a buscá-los quando os mesmos solicitem, sem recriminação ou ações disciplinatórias. Entretanto, quando os próprios pais dirigem sob efeito de SPA, faz-se necessário que o entrevistador realize ou encaminhe os pais para algum tipo de intervenção<sup>36</sup>.

**B2.** *Você já Esqueceu coisas que fez enquanto bebia ou usava drogas?*

Responder afirmativamente esse item, sinaliza para um problema mais sério, já que os episódios de perda da memória usualmente acontecem durante o uso de quantidades consideráveis de SPA. Nesse caso, o entrevistador pode aprofundar a investigação ao perguntar detalhes desse acontecimento e caso seja necessário, o encaminhamento para avaliação especializada deve ser feito<sup>36</sup>.

**B3.** *Você já bebeu ou usou drogas quando estava Sozinho?*

O contexto do uso de SPA sem a companhia de amigos sinaliza para um comportamento preocupante e pode indicar uma ascensão da chance de dependência futura, além de aumentar o isolamento social. Uma resposta positiva a essa pergunta indica a necessidade de intervenção<sup>36</sup>.

**B4.** *Sua família ou Amigos já lhe disseram que você devia parar de beber ou usar menos droga?*

Permite acessar os potenciais aliados nas intervenções e no tratamento, caso seja necessário<sup>36</sup>.

**B5.** *Você já bebeu ou usou droga para Relaxar, sentir-se melhor ou para sem enturmar?*

Esse item determina uma motivação para o uso. Pontuar nessa questão pode indicar uma dificuldade do adolescente em ficar confortável em situações sociais, sendo então um alvo mais fácil para a influência dos pares. O entrevistador pode discutir com o jovem sobre outras possibilidades de socialização<sup>36</sup>.

**B6.** *Você já se meteu em Encrenca enquanto estava bebendo ou usando droga?*

Permite acessar a severidade do problema<sup>36</sup>, visto que os adolescentes frequentemente apresentam comportamentos de risco muitas vezes desencadeados e motivados e pelo uso de SPA<sup>47</sup>.

**Quadro 7. Resumo das intervenções a partir do CRAFFT/CESARE**

<b>Resposta (Sim)</b>	<b>Intervenção</b>
<b>Carro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientações sobre o risco de andar de carro com pessoas que usaram SPA</li> <li>• Orientação dos pais</li> </ul>
<b>Esqueceu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento da investigação</li> <li>• Encaminhar s/n</li> </ul>
<b>Sozinho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento da investigação</li> <li>• Encaminhar s/n</li> </ul>
<b>Amigos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite acessar prováveis aliados ao tratamento</li> </ul>
<b>Relaxar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de habilidades sociais, atividades esportivas</li> </ul>
<b>Encrenca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite acessar a severidade do problema</li> </ul>

**Informações complementares**

## 7. UTILIZAÇÃO DO FLUXOGRAMA SBIRT

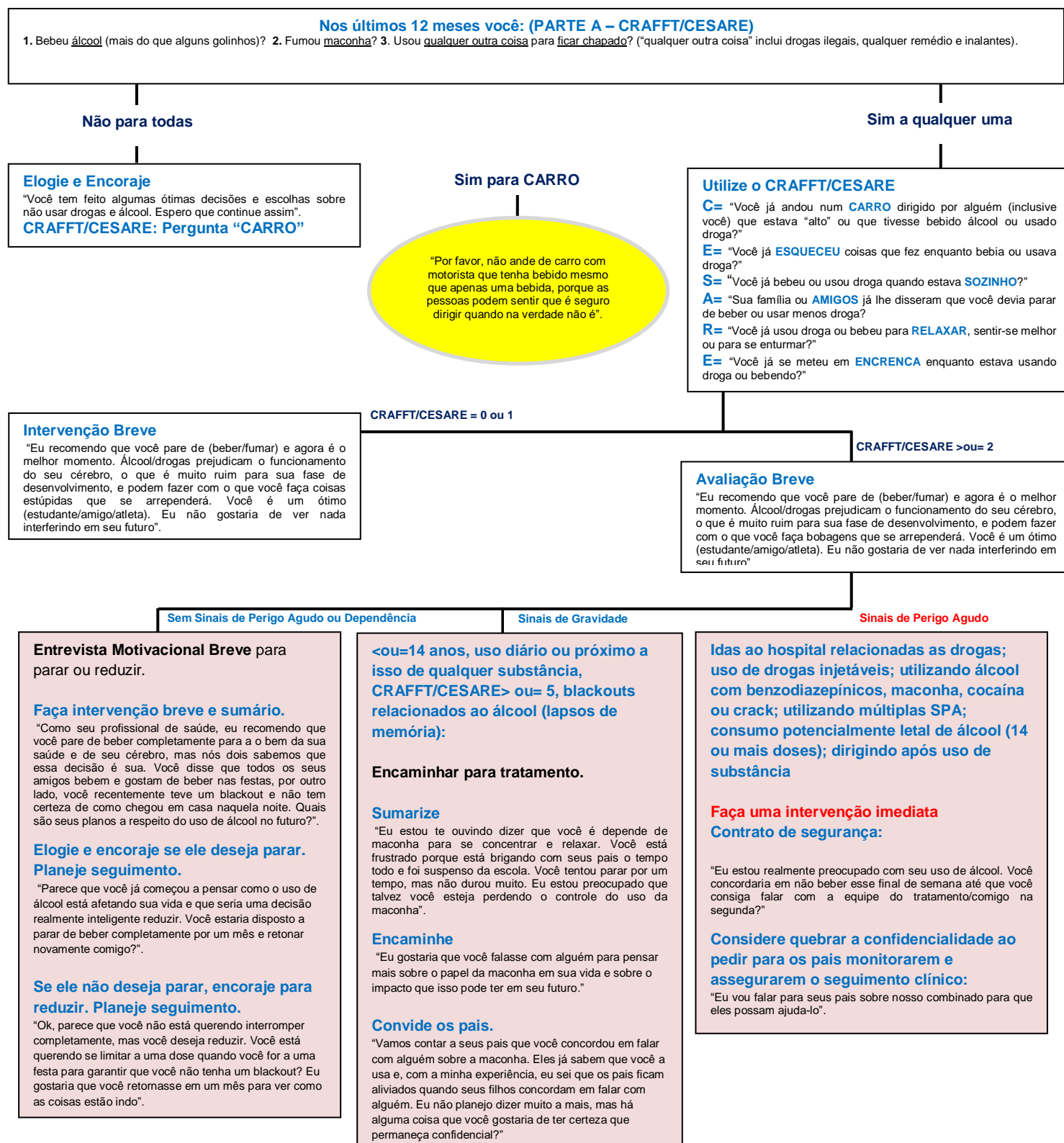
### O que é o fluxograma SBIRT?

Trata-se do fluxograma recomendado pelo Substance Abuse and Mental Health Services Administration<sup>48</sup> e pela Academia Americana de Pediatria<sup>49</sup>. Consiste em orientações aos profissionais de saúde de como proceder a partir das respostas fornecidas pelos adolescentes durante a utilização do instrumento CRAFFT/CESARE. O fluxograma tem início com as perguntas filtros do CRAFFT/CESARE e as respostas a essas perguntas determina qual a conduta deve ser tomada (Figura 2).

As orientações dadas pelo SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment – Rastreamento, Intervenção Breve e Encaminhamento para Tratamento) são objetivas e pontuais, conforme o exemplo ilustrado em relação ao uso de álcool. De acordo com as características de maior ou menor gravidade do adolescente as orientações tornam-se progressivamente mais incisivas, mas ainda assim devem ser flexíveis para cada caso, contexto e gravidade (Quadro 8).

### Informações complementares

**Figura 2. Fluxograma SBIRT**<sup>48,49</sup>





**Quadro 8. Resumo das intervenções**

<b>Pontuação CESARE</b>		
<b>Sem uso</b>	Reforço positivo	➡ Elogie e encoraje
<b>0 ou 1</b>	Intervenção breve	➡ Aconselhe a interromper o uso ➡ Forneça informações de risco relevantes
<b>&gt;ou= 2</b>	Avaliação breve	Sem sinais de perigo agudo ou dependência: ➡ <b>Entrevista motivacional</b> breve para parar ou reduzir
		Sinais de gravidade: <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;ou=14 anos</li> <li>• Uso diário ou próximo a isso de qualquer SPA</li> <li>• CRAFFT/CESARE &gt; ou= 5</li> <li>• Lapsos de memória relacionados ao álcool</li> </ul> ➡ <b>Encaminhar para tratamento</b>
		Sinais de perigo agudo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idas ao hospital relacionadas às drogas</li> <li>• Uso de drogas injetáveis</li> <li>• Utilizando álcool com benzodiazepínicos, maconha, cocaína ou crack</li> <li>• Utilizando mais de uma SPA</li> <li>• Consumo potencialmente letal de álcool (14 ou mais doses)</li> <li>• Dirigindo após uso de substância</li> </ul> ➡ <b>Faça uma intervenção imediata</b> ➡ <b>Encaminhar para tratamento</b>

Adaptado por Pereira, BAAX

## 8. INTERVENÇÃO BREVE (PRINCÍPIOS GERAIS)

### O que é intervenção breve?

A intervenção breve (IB) é uma modalidade de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente. Consiste em técnicas bastante utilizadas em adolescentes que estão em risco de utilizar SPA, em experimentação e até mesmo em uso de SPA. Essas técnicas podem e devem ser utilizadas em todos os jovens que buscam atendimento, seja qual for a demanda, em serviços de saúde. Em geral, a duração não ultrapassa poucos minutos, mas caso exista a disponibilidade do profissional pode ser realizada em mais de um encontro<sup>50</sup>.

Sabe-se que o aconselhamento breve pode ter um impacto considerável no processo de tomada de decisões e mudanças. Estudos revelam que aqueles que receberam um aconselhamento breve bem planejado mostram mais melhoras quando comparados àqueles que não receberam nenhuma intervenção. Outros estudos apontam que os efeitos das intervenções breves parecem ser comparáveis aos desfechos de tratamentos longos<sup>27</sup>.

De modo geral, o impacto primordial da IB é na motivação, sendo seu efeito o desencadeamento de decisões e o comprometimento com a mudança<sup>27</sup>.

O papel do profissional é de suma importância. Aqueles com atitudes mais confrontadoras tendem a aumentar a resistência do adolescente para as mudanças, enquanto um estilo mais empático está associado a mudanças de longo prazo<sup>27</sup>.

No atendimento com jovens é importante aplicar a motivação para mudanças em outros níveis, já que, muitas vezes, o dano objetivo do uso de SPA não é identificável, mas sim os comportamentos de risco associados ao uso<sup>27</sup>, como estar em carro conduzido por alguém sob efeito de SPA, relação sexual desprotegida<sup>18</sup>, conflitos familiares, queda do rendimento escolar, entre outros (Quadro 9).

### Informações complementares

**Quadro 9. Estruturação da Intervenção Breve<sup>27</sup>**

<b>Avaliação do problema</b>	Triagem
<b>Devolutiva</b> (feedback)	Dizer o resultado da avaliação
<b>Responsabilidade</b>	Enfatizar a importância da responsabilidade do adolescente para a mudança
<b>Recomendações</b>	Fornecer informações (mesmo pequenas orientações são capazes de modificar comportamentos)
<b>Menu</b>	Oferecer estratégias alternativas para mudanças Ponderar os prós e contras do uso de SPA
<b>Empatia</b>	É um forte determinante da motivação e da mudança do paciente
<b>Auto-eficácia</b> (crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar ou de ter sucesso em uma tarefa específica)	Colaborar para que o jovem sinta que pode fazer uma mudança bem-sucedida na área em que apresenta algum problema  A própria crença do profissional na capacidade de mudança do adolescente pode ser um determinante significativo do resultado final.

**Informações complementares**

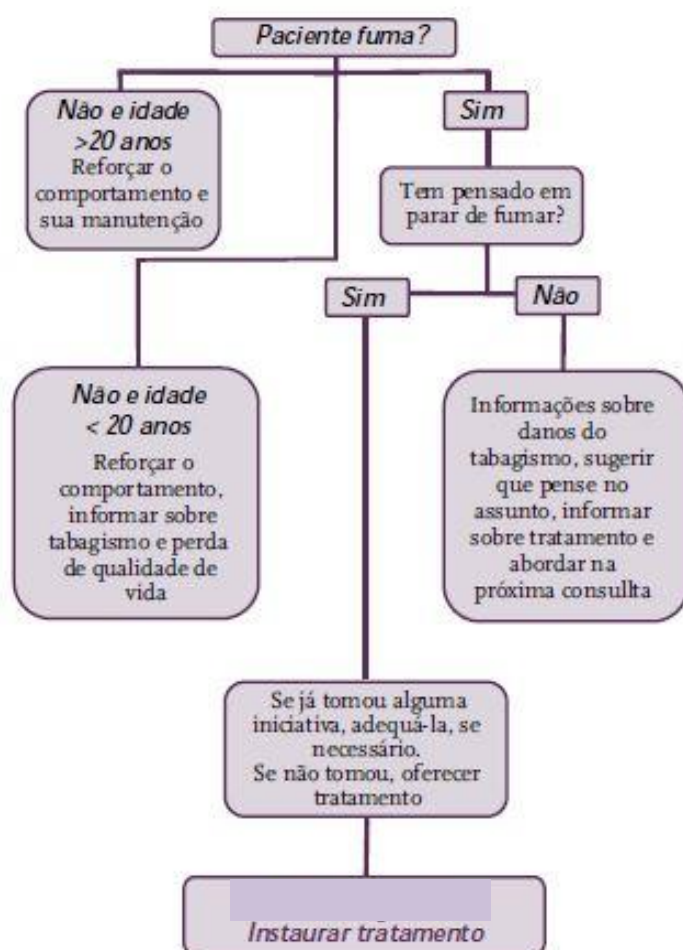
--

## 9. INTERVENÇÃO NO TABAGISMO

### E o tabaco?

Apesar da redução no número de estudantes brasileiros em uso de tabaco entre 2004 e 2010<sup>14</sup>, é importante ressaltar que o tabagismo é considerado pela OMS<sup>12</sup> como a principal causa evitável de morte no mundo. Sabe-se que tanto a redução da expectativa de vida, quanto a maior incidência de determinadas doenças, como doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias, estão diretamente associadas ao uso de tabaco<sup>51</sup>. Desse modo, os atendimentos realizados entre adolescentes podem e devem contemplar questionamentos relativos ao uso de tabaco conforme a figura 3, seguidos pelas estratégias de intervenção (quadro 10).

**Figura 3. Fluxograma tabagismo<sup>51</sup>**



#### Nível de evidência:

A, estudos experimentais e observacionais de melhor consistência;  
B, estudos experimentais e observacionais de menor consistência;  
C, relatos ou séries de casos; D, publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

**Quadro 10. Intervenções para o tabagismo<sup>51</sup>**

<b>1.</b>	Avaliar o grau de motivação do adolescente para parar de fumar e adequar a sua intervenção à motivação (transformar resistência em possibilidade, possibilidade em decisão, decisão em ação e oferecer auxílio para que a ação seja efetiva)
<b>2.</b>	Avaliar presença de comorbidades
<b>3.</b>	Rever as tentativas anteriores de parada e as razões de fracasso para não as repetir
<b>4.</b>	Conhecer os temores do adolescente (ganho de peso, fissura) para orientá-lo
<b>5.</b>	Sugerir que marque uma data para parar

**Informações complementares**

Empty space for additional information
--

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinsky I, Bessa MA. Adolescência e drogas. São Paulo: Contexto, 2009.
2. Levisky DL. Adolescência: Reflexões Psicanalíticas. São Paulo, 1998.
3. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento Humano. Porto Alegre, 2006.
4. Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M. Adolescência através dos Séculos. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2010;26 (2): 227-234.
5. Birman J. Adolescência sem fim? Peripécias do sujeito num mundo pós-ediapiano. In: Marta Rezende Cardoso e François Marty. (Org.). Destino da Adolescência. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007.
6. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
7. Winnicott DW. O Brincar & a Realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
8. Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca, 2010.
9. Arain M, Haque M, Johal L, Marthur P, Nel W, Rais A, et al. Maturation of the adolescent brain. Neuropsychiatr Dis Treat. 2013;(9):449-461.
10. Outeiral J. Adolescer. 3ª edição, Rio de Janeiro, 2008.
11. Diehl A, Figlie, NB. Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas: o que cada um de nós pode e deve fazer? (2014) 1ª edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN 978-85-8271-102-6.
12. World Health Organization (WHO). Global status report: alcohol and young people. Geneva: 2001.
13. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report, 2013. ISBN: 978-92-1-148273-7.
14. Carlini EA, Noto AR, Sanchez ZM. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras: 2010. São Paulo: Centro Brasileiro de informações sobre Drogas psicotrópicas, UNIFESP; 2010.
15. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede 127 pública de ensino nas 27 capitais brasileiras: 2004. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas psicotrópicas, São Paulo, SP; 2005.
16. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD). (2013). II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD (D. d. Psiquiatria, Trans.) 1. São Paulo, SP: UNIFESP. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>.
17. Pereira BAAX. Avaliação da versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE de triagem de adolescentes para uso de álcool e outras drogas. 05-05-5014. 161fls. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 05 de maio de 2014.
18. Bellis M, Hughes K, Calafat A, Juan M, Ramon A, Rodriguez J, et al. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*. 2008;8:155. DOI: 10.1186/1471-2458-8-155.
19. Madruga CS, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Zaleski M, Ferri CP. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil - a national survey. *Addict Behav*. 2012;37(10):1171-5.
20. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.
21. Cotto JH, Davis E, Dowling GJ, Elcano JC, Staton AB, Weiss SRB. Gender Effects on Drug Use, Abuse, and Dependence: A Special Analysis of Results From the National Survey on Drug Use and Health. *Gender Medicine*, 2010;7(5):402-413.
22. Alwan H, Viswanathan B, Rousson V, Paccaud F, Bovet P. Association between substance use and psychosocial characteristics among adolescents of th Seychelles. *BMC Pediatrics*. 2011;(11):85. <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/11/85>. DOI:10.1186/1471-2431-11-85.
23. Büchele F, Coelho EB, Lindner S. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao

uso das drogas. *Ciência&Saúde Coletiva*. 2009;14(1):267-273.

24. Figlie NB, Milagres E, Crowe J. Família e Dependência Química: uma experiência de prevenção com crianças e adolescentes no Jardim Ângela. São Paulo, 2009.

25. Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology*. 2007;48,n.3-4:355-391.

26. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT Substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:607-614.

27. Miller WR, Rollnick S. Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre, 2001.

28. Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(3):852-861. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000300019.

29. Elster A, Kuznets N, eds. Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS). Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1994.

30. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo básico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007a.

31. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília; Ministério da Saúde; 2010.

32. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner's Guide. 2011. Disponível: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/YouthGuide/YouthGuide.pdf>

33. Coelho Júnior LL, Gontiers B, Gouveia VV. Questionário para detectar potencial uso de drogas entre adolescentes (Posit): adaptação brasileira / Questionnaire to detect potential use of drugs among adolescents (Posit): an adaptation to the Brazilian reality. *J. Bras. Psiqu.* 2003;52(2):109-116.

34. De Micheli D. Uso de drogas por adolescentes: adaptação e validação de um instrumento de triagem (DUSI) e estudo das razões do uso inicial / Drug use by Brazilian teenagers: adaptation and validation of a screening test (DUSI) and a study of the reasons attributed to the initial use of drugs. Apresentada a Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina para obtenção do grau de Doutor. São Paulo; 2000.

35. Sartes LM, De Micheli D, Souza-Formigoni ML. Psychometric and discriminative properties of the Teen Addiction Severity Index (Brazilian Portuguese version). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18(11):653-61.

36. Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Bilt JV, Shaffer HJ. A New Brief Screen for Adolescent Substance Abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999; 153: 591-596.

37. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003;1(1):67-73.

38. Knight JR, Harris S, Sherritt L, Van Hook S, Lawrence N, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kulig J. Prevalence of positive abuse screen results among adolescents primary care patients. *Arch Pediatr and Adolesc Med*. 2007a;161(11):1035-1041.

39. Cummins LH, Chan KK, Burns KM, Blume AW, Larimer M, Marlatt GA. Validity of the CRAFFT in American-Indian and Alaska-Native adolescents: screening for drug and alcohol risk. *J Stud Alcohol*. 2003;64(5):727-32.

40. Karila L, Legleye S, Beck F, Corruble E, Falissard B, Reynaud M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usagenocif d'alcool et de cannabis dans la population générale: le CRAFFT-ADOSPA [Validation of a questionnaire to screen for harmful use of alcohol and cannabis in the general population: CRAFFT-ADOSPA]. *Presse Med*. 2007;36(4 Pt 1):582-90.

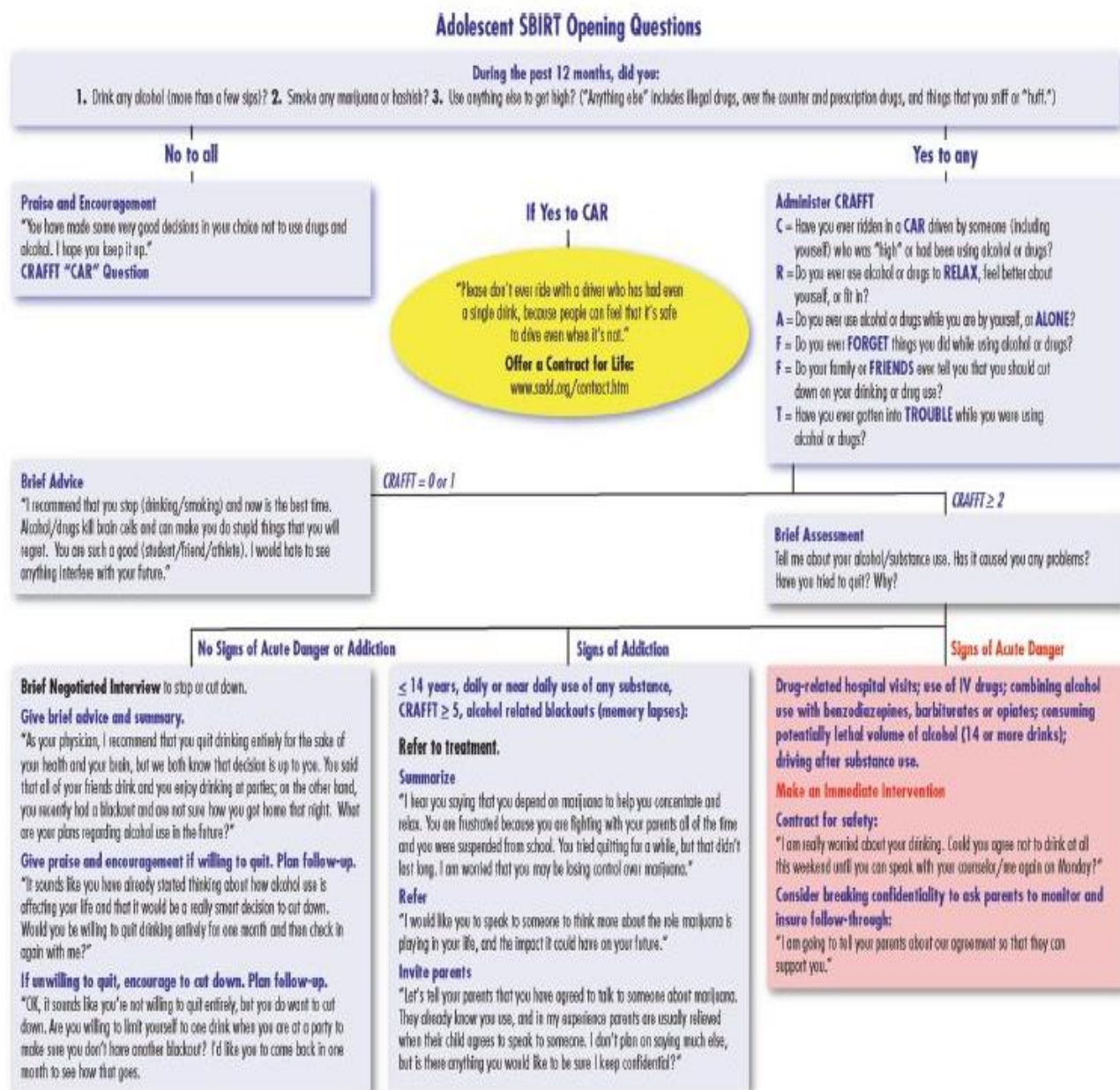
DOI: 10.1016/j.lpm.2007.01.005.

41. Bernard M, Bolognini M, Plancherel B, Chinnet L, Laget J, Stephan P, Halfon O. French validity of two substance-use screening tests among adolescents: a comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. *Journal of Substance Use*. 2005;10(6): 385-95.
42. Tossman, P, Kasten, L, Lang, P, Strüber, E. Bestimmung der konkurrenten Validität des CRAFFT-d [Determination of the concurrent validity of the CRAFT-d - a screening instrument for problematic alcohol consumption]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2009;37(5):451-459. DOI: 10.1024/1422-4917.37.5.451.
43. Subramaniam M, Cheok C, Verma S, Wong J, Chong SA. Validity of a brief screening instrument-CRAFFT in a multiethnic Asian population. *Addict Behav*. 2010;35(12):1102-4. DOI: 10.1016/j.addbeh.2010.08.004.
44. Skogen JC, Bøe T, Knudsen AK, Hysing M. Psychometric properties and concurrent validity of the CRAFFT among Norwegian adolescents. *Ung@hordaland, a population-based study*. *Addict Behav*. 2013;38(10):2500-5. DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.05.002.
45. Cote-Menendez M, Uribe-Isaza MM, Prieto-Suárez E. Validación para Colombia de la escala CRAFFT para tamización de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Rev. Salud Pública*. 2013;15 (2): 220-232.
46. Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Curr Drug Abuse Rev*. 2011;4(1):57-64.
47. Chalder M, Elgar FJ, Bennett P. Drinking and motivations to drink among adolescent children of parents with alcohol problems. *Alcohol & Alcoholism*. 2006;41(1):107-113.
48. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment: What Is SBIRT?* Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment; 2009.
49. American Academy of Pediatrics (AAP). Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians. *Pediatrics*. 2011;128(5):1330-1340. (ISSN: Print, 0031-4005; Online, 1098-4275).
50. Harris SK, Louis-Jacques J, Knight JR. Screening and brief intervention for alcohol and other abuse. *Adolesc Med State Art Rev*. 2014 Apr;25(1):126-56.
51. Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp. *Boletim da FCM/Unicamp*. 2009;4(7):3. Disponível em: <[http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/boletim\\_janeiro2a.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/boletim_janeiro2a.pdf)>

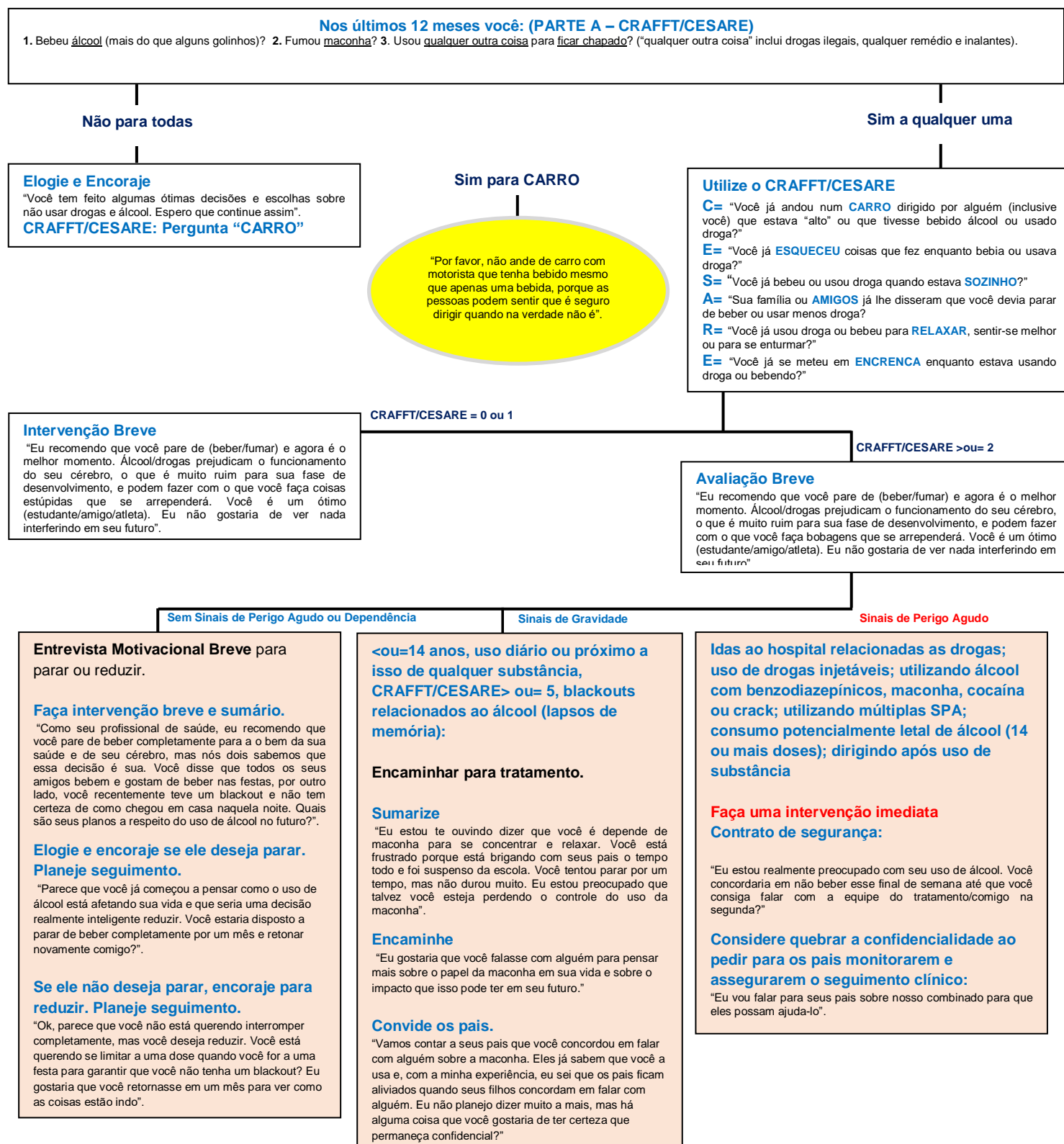




## ANEXO 5- SBIRT for Adolescents (SBIRT-A)



## ANEXO 6- SBIRT para adolescente em português



**ANEXO 7– Pré e Pós Testes****Programa de Capacitação****Pré teste**

Este é um questionário anônimo, endereçado aos profissionais que participarão da “Capacitação da rede de atenção primária à saúde de Paulínia para identificação e abordagem de adolescentes em uso de drogas”. O questionário será aplicado antes da capacitação (Pré teste) e após o curso (Pós teste).

Pretende-se com isso avaliar o conhecimento prévio e, após as aulas, avaliar as mudanças possibilitando uma medida da apreensão do conteúdo a partir da reaplicação após a capacitação.

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de formado: \_\_\_\_\_

1. Qual a taxa de **uso na vida** (experimentação) de álcool pelos adolescentes brasileiros?

- a.( ) 10 – 25%
- b.( ) 25 – 40%
- c.( ) > 40%

2. Qual a taxa de **uso na vida** de drogas (exceto álcool e tabaco) pelos adolescentes brasileiros?

- a.( ) 10 – 20%
- b.( ) 20 – 30%
- c.( ) 30 – 40%
- d.( ) 40 – 50%

3. Em relação **ao uso na vida** de álcool qual o gênero com maiores taxas de uso entre os adolescentes brasileiros?

- a.( ) Feminino
- b.( ) Masculino

4. Assinale a alternativa **FALSA** em relação ao **uso na vida** de drogas pelos adolescentes brasileiros:

- a.( ) Não houve aumento do uso na vida de solventes e anfetamínicos
- b.( ) Houve aumento do uso na vida de ansiolíticos e cocaína
- c.( ) Houve aumento do uso na vida de bebidas alcoólicas e tabaco
- d.( ) Não houve alteração do uso na vida de maconha

5. Coloque verdadeiro (V) ou falso (F) nas seguintes afirmações:

- ( ) Em relação ao **uso na vida** de drogas pelos estudantes brasileiros na faixa etária de 10-12 anos as mais utilizadas são: álcool, tabaco, maconha e cocaína.
- ( ) Em relação ao **uso na vida** os alunos das escolas privadas apresentam maior uso de drogas quando comparados aos alunos de escolas públicas.
- ( ) Os estudantes do **gênero masculino** usam mais drogas como cocaína, maconha, ansiolíticos e analgésicos.
- ( ) O **uso na vida** de drogas entre os estudantes brasileiros ocorre após os 10 anos de idade.

6. Você conhece alguns fatores de risco para uso de drogas por adolescentes?

- a.( ) Não
- b.( ) Sim.

Quais?\_\_\_\_\_

7. Coloque verdadeiro (V) ou falso (F) nas seguintes afirmações:

- ( ) No primeiro atendimento devo evitar perguntas pessoais como, por exemplo sobre uso de drogas e sexualidade.
- ( ) Acredito ter pouco impacto para o adolescente a minha opinião profissional sobre o uso de drogas.
- ( ) Intervenções breves podem ser realizadas em apenas um atendimento.
- ( ) A entrevista motivacional evita que o profissional realize um embate com o paciente para convencê-lo a mudar o comportamento.

**Na sua prática cotidiana:**

**Em relação ao ÁLCOOL:**

8. Pergunta aos adolescentes se eles usaram álcool no último ano?

- a.( ) Sempre
- b.( ) Na maioria dos casos
- c.( ) Na minoria dos casos
- d.( ) Não pergunta

9. Qual o critério para perguntar?\_\_\_\_\_

**Em relação ao TABACO:**

10. Pergunta aos adolescentes se eles usaram **tabaco** no último ano?

- a.( ) Sempre
- b.( ) Na maioria dos casos
- c.( ) Na minoria dos casos
- d.( ) Não pergunta

11. Qual o critério para perguntar?\_\_\_\_\_

**Em relação às OUTRAS DROGAS:**

12. Pergunta aos adolescentes se eles usaram **outras drogas** no último ano?

- a.( ☐ ) Sempre
- b.( ☐ ) Na maioria dos casos
- c.( ☐ ) Na minoria dos casos
- d.( ☐ ) Não pergunta

13. Qual o critério para perguntar?\_\_\_\_\_

14. Para os adolescentes em uso de álcool e/ou outras drogas, quais perguntas você faz sobre o consumo da substância?\_\_\_\_\_

15. Você teve alguma experiência em relação a motivar o adolescente a parar de usar álcool e/ou outras drogas?

- a.( ☐ ) Não
- b.( ☐ ) Sim. Cite alguns argumentos utilizados:\_\_\_\_\_

16. Acha que tem sucesso com frequência?

- a.( ☐ ) Não
- b.( ☐ ) Sim

17. Existe algum fator que dificulte a abordagem do assunto álcool e outras drogas durante o atendimento do adolescente?

- a.( ☐ ) Não
- b.( ☐ ) Sim. Qual?\_\_\_\_\_

18. Você conhece algum instrumento de triagem de uso de álcool e drogas específicos para a população adolescente?

- a.( ☐ ) Não
- b.( ☐ ) Sim. Qual?\_\_\_\_\_

19. Você conhece algum local de **tratamento ambulatorial** para adolescentes em uso de uso de álcool e drogas?

- a.( ☐ ) Não
- b.( ☐ ) Sim. Quais?\_\_\_\_\_

20. Você utiliza critérios de gravidade para realizar os encaminhamentos dos adolescentes em uso de drogas para tratamento especializado?

- a.( ☐ ) Não
- b.( ☐ ) Sim. Quais?\_\_\_\_\_

21. Como profissional, quais são as principais dificuldades para incorporar a abordagem do uso de álcool e outras drogas entre os adolescentes em seu cotidiano?\_\_\_\_\_

**Programa de Capacitação****Pós teste**

Este é um questionário anônimo, endereçado aos profissionais que participaram da “Capacitação da rede de atenção primária à saúde de Paulínia para identificação e abordagem de adolescentes em uso de drogas”.

Pretende-se com isso avaliar o conteúdo apreendido após a capacitação.

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de formado: \_\_\_\_\_

1. Qual a taxa de **uso na vida** (experimentação) de álcool pelos adolescentes brasileiros?

- a.( ) 10 – 25%
- b.( ) 25 – 40%
- c.( ) > 40%

2. Qual a taxa de **uso na vida** de drogas (exceto álcool e tabaco) pelos adolescentes brasileiros?

- a.( ) 10 – 20%
- b.( ) 20 – 30%
- c.( ) 30 – 40%
- d.( ) 40 – 50%

3. Em relação **ao uso na vida** de álcool qual o gênero com maiores taxas de uso entre os adolescentes brasileiros?

- a.( ) Feminino
- b.( ) Masculino

4. Assinale a alternativa **FALSA** em relação ao **uso na vida** de drogas pelos adolescentes brasileiros:

- a.( ) Não houve aumento do uso na vida de solventes e anfetamínicos
- b.( ) Houve aumento do uso na vida de ansiolíticos e cocaína
- c.( ) Houve aumento do uso na vida de bebidas alcoólicas e tabaco
- d.( ) Não houve alteração do uso na vida de maconha

5. Coloque verdadeiro (V) ou falso (F) nas seguintes afirmações:

- ( ) Em relação ao **uso na vida** de drogas pelos estudantes brasileiros na faixa etária de 10-12 anos as mais utilizadas são: álcool, tabaco, maconha e cocaína.
- ( ) Em relação ao **uso na vida** os alunos das escolas privadas apresentam maior uso de drogas quando comparados aos alunos de escolas públicas.
- ( ) Os estudantes do **gênero masculino** usam mais drogas como cocaína, maconha, ansiolíticos e analgésicos.
- ( ) O **uso na vida** de drogas entre os estudantes brasileiros ocorre após os 10 anos de idade.

6. Você conhece alguns fatores de risco para uso de drogas por adolescentes?

a.( ) Não

b.( ) Sim.

Quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Coloque verdadeiro (V) ou falso (F) nas seguintes afirmações:

( ) No primeiro atendimento devo evitar perguntas pessoais como, por exemplo sobre uso de drogas e sexualidade.

( ) Acredito ter pouco impacto para o adolescente a minha opinião profissional sobre o uso de drogas.

( ) Intervenções breves podem ser realizadas em apenas um atendimento.

( ) A entrevista motivacional evita que o profissional realize um embate com o paciente para convencê-lo a mudar o comportamento.

**Na sua prática cotidiana:**

**Em relação ao ÁLCOOL:**

8. Pretende perguntar aos adolescentes se eles usaram álcool no último ano?

a.( ) Sempre

b.( ) Na maioria dos casos

c.( ) Na minoria dos casos

d.( ) Não pergunta

9. Qual o critério para perguntar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Em relação ao TABACO:**

10. Pretende perguntar aos adolescentes se eles usaram **tabaco** no último ano?

a.( ) Sempre

b.( ) Na maioria dos casos

c.( ) Na minoria dos casos

d.( ) Não pergunta

11. Qual o critério para perguntar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Em relação às OUTRAS DROGAS:**

12. Pretende perguntar aos adolescentes se eles usaram **outras drogas** no último ano?

a.( ) Sempre

b.( ) Na maioria dos casos

c.( ) Na minoria dos casos

d.( ) Não pergunta

13. Qual o critério para perguntar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



14. Para os adolescentes em uso de álcool e/ou outras drogas, quais perguntas você pretende fazer sobre o consumo da substância? \_\_\_\_\_

15. Quais são os argumentos que você pretende usar para motivar o adolescente a parar de usar álcool e/ou outras drogas? \_\_\_\_\_

16. Acha que terá sucesso com frequência?

a.( ) Não

b.( ) Sim

17. Existe algum fator que dificulte a abordagem do assunto álcool e outras drogas durante o atendimento do adolescente?

a.( ) Não

b.( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

18. Você conhece algum instrumento de triagem de uso de álcool e drogas específicos para a população adolescente?

a.( ) Não

b.( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

19. Você conhece algum local de **tratamento ambulatorial** para adolescentes em uso de uso de álcool e drogas?

a.( ) Não

b.( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_

20. Você utilizará critérios de gravidade para realizar os encaminhamentos dos adolescentes em uso de drogas para tratamento especializado?

a.( ) Não

b.( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_

21. Como profissional, quais são as principais dificuldades para incorporar a abordagem do uso de álcool e outras drogas entre os adolescentes em seu cotidiano? \_\_\_\_\_

**Caso deseje, deixe seus comentários e sugestões:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 8- Carta Convite



Universidade Estadual de Campinas  
Faculdade de Ciências Médicas  
Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas



Prefeitura Municipal de Paulínia

Secretaria Municipal de Saúde

Paulínia, 20 de abril de 2015.

### Convite para Curso

O objetivo deste texto é convidá-lo, como profissional da atenção básica à saúde, a participar do Projeto de doutorado intitulado “Capacitação da rede de atenção primária à saúde de Paulínia para identificação e abordagem de adolescentes em uso de drogas”.

O uso de substâncias psicoativas (SPA) lícitas e ilícitas preocupa toda a sociedade. Seu uso é especialmente preocupante na adolescência, período de maior vulnerabilidade física, psíquica e social. A identificação precoce do uso, somada as abordagens e encaminhamentos de acordo com a gravidade da situação são importantes para a minimização futura dos riscos associados. Desse modo, a atenção primária à saúde é um ambiente privilegiado para abordagens preventivas.

A finalidade do evento é apresentar o panorama atual de uso de SPA pelos adolescentes brasileiros, realizar a capacitação para utilização de instrumento de triagem, realizar a classificação da gravidade, descrever as intervenções possíveis e realizar o encaminhamento para serviços disponíveis na rede para tratamento especializado quando necessário.

A capacitação será realizada em 1 encontro de 4 horas. A avaliação do conteúdo apreendido será anônima, não havendo possibilidade de identificação dos profissionais da saúde, tendo como único objetivo estimar se o conteúdo e método atingiram seus objetivos iniciais.

As datas disponíveis são: 05 de maio de 2015 (8:00-12:00); 06 de maio de 2015 (13:00-17:00); 13 de maio de 2015 (8:00-12:00) e 15 de maio de 2015 (13:00-17:00e). O local será divulgado na ocasião da inscrição.

Os profissionais deverão fazer suas inscrições previamente, informar o dia escolhido para a participação e estarão dispensados de suas atividades no período em que será ministrado o curso.

A atividade será dada pela Dra. Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira (Médica Psiquiatra da Infância e Adolescência do CRDQ e SMI – Prefeitura Municipal de Paulínia, Mestra em Ciências Médicas pela FCM-Unicamp, Doutoranda em Ciências Médicas pela FCM-Unicamp, Especialista em Dependência Química pela Unifesp).

Desde já gratas pela colaboração,

Dra Bruna A. A. X. Pereira e Profa.

Dra. Renata C. S. de Azevedo (Orientadora)



Universidade Estadual de Campinas  
Faculdade de Ciências Médicas  
Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas



Prefeitura Municipal de Paulínia

**Secretaria Municipal de Saúde**

Paulínia, 03 de maio de 2016.

### **Convite para Curso**

O objetivo deste texto é convidá-lo, como profissional da atenção básica à saúde, a participar do Projeto de doutorado intitulado **“Capacitação da rede de atenção primária à saúde de Paulínia para identificação e abordagem de adolescentes em uso de drogas”**.

O uso de substâncias psicoativas (SPA) lícitas e ilícitas preocupa toda a sociedade. Seu uso é especialmente preocupante na adolescência, período de maior vulnerabilidade física, psíquica e social. A identificação precoce do uso, somada as abordagens e encaminhamentos de acordo com a gravidade da situação são importantes para a minimização futura dos riscos associados. Desse modo, a atenção primária à saúde é um ambiente privilegiado para abordagens preventivas.

A finalidade do evento é apresentar o panorama atual de uso de SPA pelos adolescentes brasileiros, realizar a capacitação para utilização de instrumento de triagem, realizar a classificação da gravidade, descrever as intervenções possíveis e realizar o encaminhamento para serviços disponíveis na rede para tratamento especializado quando necessário.

A capacitação será realizada em 1 encontro de 2 horas. A avaliação do conteúdo apreendido será anônima, não havendo possibilidade de identificação dos profissionais da saúde, tendo como único objetivo estimar se o conteúdo e método atingiram seus objetivos iniciais.

O cronograma de dias, horários e locais encontra-se anexado a essa carta convite. O curso será oferecido em dois períodos (manhã ou tarde) objetivando a participação do maior número de profissionais.

A atividade será dada pela Dra. Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira (Médica Psiquiatra da Infância e Adolescência do CRDQ e SMI – Prefeitura Municipal de Paulínia, Mestra em Ciências Médicas pela FCM-Unicamp, Doutoranda em Ciências Médicas pela FCM-Unicamp, Especialista em Dependência Química pela Unifesp).

Desde já gratas pela colaboração,

Dra Bruna A. A. X. Pereira e Profa. Dra. Renata C. S. de Azevedo (Orientadora)



Universidade Estadual de Campinas  
Faculdade de Ciências Médicas  
Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas



Prefeitura Municipal de Paulínia

Secretaria Municipal de Saúde

Paulínia, 03 de maio de 2016.

### CRONOGRAMA

Terças-feiras - Período da manhã - 10:00 às 12:00		
Data	Local	UBS participantes
07/06/16	UBS Centro	Centro Betel
14/06/16	UBS Planalto	Planalto Amélia
28/06/16	UBS São José	São José João Aranha
05/07/16	UBS Monte Alegre II	Monte Alegre II Cooperlotes Parque da Represa

Quartas-feiras - Período da tarde - 13:00 às 15:00		
Data	Local	UBS participantes
08/06/16	UBS Planalto	Planalto Amélia
15/06/16	UBS Centro	Centro Betel
29/06/16	UBS Monte Alegre II	Monte Alegre II Cooperlotes Parque da Represa
06/07/16	UBS São José	São José João Aranha

Desde já gratas pela colaboração,

Dra Bruna A. A. X. Pereira e Profa. Dra. Renata C. S. de Azevedo (Orientadora)

## ANEXO 9– Comitê de Ética

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Capacitação da rede de atenção primária à saúde de Paulínia para identificação e abordagem de adolescentes em uso de drogas

**Pesquisador:** Bruna Antunes de Aguiar Ximenes Pereira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 41227514.6.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 985.250

**Data da Relatoria:** 19/03/2015

##### Apresentação do Projeto:

Adequada. A adolescência é um período com particular vulnerabilidade para a experimentação de substâncias psicoativas (SPA). Os riscos associados ao uso incluem exposição a situações de risco, intoxicação, agressividade, gestação não planejada, acidentes automobilísticos e o risco de evolução para quadros de dependência. Desse modo, a identificação precoce do uso de SPA por adolescentes possibilita a realização de intervenção breve e, de acordo com a gravidade, o encaminhamento para tratamento especializado. A atenção primária à saúde mostra-se como um dos melhores locais para ações no campo da prevenção, visto que existe a oportunidade de identificar o início de um problema e interferir na progressão, além de permitir a continuidade do monitoramento e das ações de intervenção nos casos que demandem maior cuidado. A estruturação necessária para a viabilização desse processo envolve a capacitação dos profissionais da atenção básica através da familiarização com instrumento de triagem validado para a população adolescente brasileira que seja de simples aplicação, de fácil correção e que permita intervenções breves a partir das respostas coletadas. Uma possibilidade é a versão brasileira do questionário CRAFFT/ CESARE (acrônimo de Carro; Esqueceu; Sozinho; Amigos; Relaxar; Encrenca), que a partir das respostas obtidas sinaliza ao profissional a conduta mais adequada a situação. Objetivos: Capacitar os profissionais de saúde da atenção primária de Paulínia a realizar a identificação de

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

**Bairro:** Barão Geraldo

**CEP:** 13.083-887

**UF:** SP

**Município:** CAMPINAS

**Telefone:** (19)3521-8936

**Fax:** (19)3521-7187

**E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 985.250

adolescentes em uso de SPA, realizar intervenção precoce e encaminhamentos. Métodos: Estudo de intervenção, que realizará capacitação e avaliação pré e pós intervenção em médicos (pediatras, ginecologistas e clínicos gerais) assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos a identificar adolescentes em uso de substâncias psicoativas, realizar intervenções e encaminhamentos a partir da aplicação da versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE. Resultados esperados: Espera-se avaliar, do ponto de vista da consolidação do conhecimento dos profissionais da saúde a capacidade de utilizar o instrumento de triagem e de realizar as intervenções possíveis de serem realizadas na UBS. Espera-se ainda que os profissionais atuem de maneira mais segura na prevenção e identificação do uso de SPA pelos adolescentes.

### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

3.1-Objetivo Geral: Capacitar os profissionais de saúde da atenção primária de Paulínia a realizar a identificação de adolescentes em uso de SPA, realizar intervenção precoce e encaminhamentos.

Objetivo Secundário:

3.2-Objetivos Específicos:3.2.1- Apresentar aos médicos (pediatras, ginecologistas e clínicos gerais), assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos da atenção primária da saúde o panorama atual de uso de SPA pelos adolescentes brasileiros.3.2.2-Demonstrar a utilização de instrumento de triagem denominado CRAFFT/CESARE. 3.2.3- Realizar as classificações de gravidade de acordo com o resultado obtido através do uso do instrumento CRAFFT/CESARE.3.2.4- Descrever as intervenções possíveis de serem realizadas a partir das respostas afirmativas e/ou negativas do instrumento CRAFFT/CESARE.3.2.5- Realizar os encaminhamentos para serviços disponíveis na rede para tratamento especializado de uso de SPA por adolescentes nos casos de maior gravidade.3.2.6- Realizar uma avaliação dos conhecimentos previamente a capacitação e posteriormente a ela. 3.2.7- Identificar as dificuldades apontadas pelos profissionais participantes.

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os métodos empregados, com garantia de sigilo e anonimato afetam os sujeitos no que concerne ao tempo despendido à capacitação (aproximadamente 4 encontros de 60 minutos) ou a aplicação da avaliação do conhecimento (aproximadamente 30 minutos). Se houver qualquer constrangimento ou desconforto do pediatra em participar da capacitação ou da avaliação final, o mesmo será orientado que poderá recusar-se a iniciar a capacitação ou interrompê-la a qualquer momento sem prejuízos de qualquer natureza.

Benefícios:

<b>Endereço:</b> Rua Tessália Vieira de Camargo, 126		<b>CEP:</b> 13.083-887
<b>Bairro:</b> Barão Geraldo		
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> CAMPINAS	
<b>Telefone:</b> (19)3521-8936	<b>Fax:</b> (19)3521-7187	<b>E-mail:</b> cep@fcm.unicamp.br



**COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 985.250

A capacitação dos profissionais da saúde (médicos pediatras, médicos ginecologistas, médicos clínicos gerais, assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos) permitirá a consolidação o conhecimento adquirido com consequente atuação mais segura durante a utilização de instrumento de triagem de uso de drogas por adolescentes. Além da possibilidade de realizar as intervenções possíveis de serem realizadas na UBS. Espera-se ainda que os profissionais atuem de maneira mais segura na prevenção e identificação do uso de SPA pelos adolescentes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo está bem escrito, detalhado e claro. A metodologia é adequada e factível. Trata-se de estudo de intervenção, que realizará capacitação e avaliação pré e pós intervenção em médicos (pediatras, ginecologistas e clínicos gerais) assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos a identificar adolescentes em uso de substâncias psicoativas, realizar intervenções e encaminhamentos a partir da aplicação da versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE. Espera-se avaliar, do ponto de vista da consolidação do conhecimento dos profissionais da saúde a capacidade de utilizar o instrumento de triagem e de realizar as intervenções possíveis de serem realizadas na UBS. Espera-se ainda que os profissionais atuem de maneira mais segura na prevenção e identificação do uso de SPA pelos adolescentes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Além do relatório de pesquisa, foi encaminhada a folha de rosto da CONEP assinada pelo pesquisador e complementada por autorização do Diretor Associado da FCM/UNICAMP. É anexada, também, uma carta de autorização de coleta de dados, assinada pela Chefe de Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia. Com relação ao TCLE, a linguagem é clara e acessível. Nele constam o título completo da pesquisa e o nome da pesquisadora responsável. Constam a justificativa e uma descrição dos procedimentos envolvidos. Há relato sobre riscos e benefícios envolvidos na pesquisa, e está explícito que poderá haver esclarecimentos se necessário, e que o sujeito poderá deixar de participar do projeto a qualquer momento sem prejuízos, e está claro o direito de recusa e a confidencialidade dos dados. Está claro que o TCLE será assinado em 2 vias, sendo que uma ficará com o sujeito. Há dados do CEP e formas de contato com a pesquisadora.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 985.250

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O sujeito de pesquisa deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 985.250

CAMPINAS, 13 de Março de 2015

---

**Assinado por:**

**Renata Maria dos Santos Celeghini**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

**ANEXO 10- Comprovante de artigo aceito para publicação (Artigo 1)****Revista de Saúde Pública****Decision Letter (RSP-2018-1125.R1)**

**From:** rspline@fsp.usp.br

**To:** bruna.aax.p@gmail.com, baax@hotmail.com

**CC:**

**Subject:** Revista de Saúde Pública - Decision on Manuscript ID RSP-2018-1125.R1

**Body:** 13-Dec-2018


Dear Dr. Antunes de Aguiar Ximenes Pereira:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Desafio na vida real: capacitação sobre uso de drogas e adolescência na Atenção Básica" in its current form for publication in the Revista de Saúde Pública. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Revista de Saúde Pública, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,  
Revista de Saúde Pública

**Date Sent:** 13-Dec-2018

 Close Window